

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ			CC:	53100853
CORREO ELECTRÓNICO:	angie2402@hotmail.com			TELÉFONO:	3192401239
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78M 55 30 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24077479138
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3699 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.012.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ PS_3699_2026_2D6ABF NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ CC: 53100853 CEL: 3192401239					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ

CON C.C N° 53.100.853

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO 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 EN TU HOGAR
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3699 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.801.920	No. HORAS EJECUTADAS	176
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.801.920	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.012.800
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS
---	-------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
---	-------------------------------------

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. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 Evidencias: Ejecuté las actividades programadas en las unidades de prestación de servicios asignadas, dando cumplimiento a las funciones derivadas del objeto contractual. Asimismo, desarrollé las intervenciones correspondientes conforme a la programación establecida y dejé el registro oportuno de cada atención realizada en los instrumentos institucionales. 1.2 Productos: Elaboré y consolidé los registros de atención, los informes de gestión, los formatos de seguimiento y los demás documentos de soporte generados como resultado de las actividades ejecutadas durante el período reportado.
---	--

2	2. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1 Evidencias: Fortalecí la apropiación de los anexos técnicos, lineamientos operativos y actualizaciones vigentes del Convenio Más Bienestar, integrando estos conocimientos en el desarrollo de las actividades propias de mi perfil profesional y aplicándolos durante las intervenciones realizadas. 2.2 Productos: Recopilé los soportes derivados de los espacios de capacitación y actualización en los que participé, dejando evidencia de la implementación de los lineamientos técnicos y operativos en las acciones desarrolladas durante el periodo reportado.
---	--

3	3. ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICÉ EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN 3.1 Evidencias: No desarrollé evidencias asociadas a esta obligación, ya que el contrato continuó en ejecución y no correspondía realizar la entrega final de archivos físicos y magnéticos, insumos biomédicos o dotación. 3.2 Productos: No desarrollé productos asociados a esta obligación, debido a que el contrato continuó en ejecución y, por tanto, no fue procedente efectuar la entrega final de archivos físicos y magnéticos, insumos biomédicos ni dotación. 3
---	--

4	4. REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018-2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGÓ ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRÓ A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRÁMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 Evidencias: Realicé oportunamente el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y de las obligaciones parafiscales, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los requisitos establecidos para la ejecución del contrato durante el periodo reportado. 4.2 Productos: Radiqué como soporte las planillas PILA debidamente canceladas y los comprobantes de pago correspondientes, dejando evidencia documental del cumplimiento de esta obligación contractual.
---	---

5	5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 Evidencias: Desarrollé las acciones establecidas en el Plan de Bienestar con las familias priorizadas, llevando a cabo la valoración integral de cada caso y ejecutando las intervenciones definidas conforme a los lineamientos técnicos, operativos y metodológicos establecidos en las fichas técnicas del convenio. 5.2 Productos: Elaboré los registros correspondientes a las intervenciones realizadas, diligencié los instrumentos de caracterización familiar y consolidé los planes de acción contruidos con las familias, dejando los respectivos soportes de la gestión desarrollada.
6	6. REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIA LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 Evidencias: Registré la información correspondiente a las familias que iniciaron el proceso de Plan de Bienestar Familiar, diligencié los formatos de disentimiento en los casos en que la intervención no fue aceptada y verifiqué la actualización del archivo plano de ruteo para confirmar la gestión realizada en cada caso. 6.2 Productos: Consolidé la información de las familias atendidas mediante la actualización de las bases de datos institucionales, elaboré los formatos requeridos para los casos de disentimiento y mantuve los soportes que evidenciaron la trazabilidad y el estado de cada proceso.
7	7. REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLICADO. 7.1 Evidencias: Desarrollé la aplicación de los instrumentos de tamizaje definidos para mi perfil profesional, seleccionándolos de acuerdo con las condiciones identificadas en cada usuario y siguiendo los criterios establecidos en las fichas técnicas del convenio. 7.2 Productos: Diligencié los instrumentos aplicados, registré los resultados obtenidos en cada valoración y consolidé la información necesaria para el seguimiento y continuidad de las intervenciones realizadas.
8	8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Evidencias: Efectué la gestión de las canalizaciones hacia las rutas y servicios institucionales pertinentes, teniendo en cuenta las necesidades y los riesgos identificados durante las intervenciones, realizando posteriormente el seguimiento para verificar la atención brindada. 8.2 Productos: Elaboré los documentos de remisión correspondientes, registré las acciones de seguimiento efectuadas y consolidé los soportes que evidenciaron la articulación con las diferentes entidades y servicios involucrados en cada caso.
9	9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 Evidencias: Gestioné el agendamiento oportuno de las citas en la unidad resolutive más cercana al usuario, garantizando el acceso a los servicios requeridos conforme a los lineamientos técnicos y operativos establecidos. 9.2 Productos: Registré las citas asignadas en los sistemas institucionales, mantuve actualizada la información relacionada con el proceso de agendamiento y conservé los soportes correspondientes como evidencia de la gestión realizada.
10	10. REALICÉ LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 Evidencias: Identifiqué y notifiqué los eventos de interés en salud pública que se presentaron durante las intervenciones realizadas, dando cumplimiento a los protocolos institucionales y a los lineamientos establecidos para su reporte. 10.2 Productos: Diligencié los formatos institucionales de notificación, registré los reportes efectuados y consolidé los soportes documentales requeridos para el seguimiento de los eventos identificados.
11	11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 Evidencias: Registré de manera oportuna y completa la información correspondiente a las familias atendidas en el aplicativo GTAPS, verificando la consistencia, integridad y calidad de los datos conforme a los lineamientos técnicos del convenio. 11.2 Productos: Realicé la actualización de la información en la plataforma GTAPS, validé los datos registrados y mantuve organizados los soportes que respaldaron el cargue efectuado durante el periodo reportado.
12	12. 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. 12.1 Evidencias: Apoyé el desarrollo de las actividades orientadas al fortalecimiento de los procesos de calidad institucional, participando en la implementación de las acciones definidas dentro de los planes de mejoramiento y contribuyendo al cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación. 12.2 Productos: Elaboré los registros correspondientes a las actividades ejecutadas, aporté las evidencias requeridas para los procesos de mejoramiento continuo y documenté las acciones implementadas de acuerdo con los lineamientos institucionales.

13	13. CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 Evidencias: Ejecuté las actividades y productos asignados durante el periodo contractual, garantizando que la información registrada cumpliera con los criterios de integridad, oportunidad, consistencia y exactitud establecidos en los lineamientos técnicos del convenio. 13.2 Productos: Elaboré y consolidé los registros e informes derivados de las actividades desarrolladas, validé la calidad de la información consignada y mantuve actualizadas las bases de datos institucionales de acuerdo con los parámetros establecidos.		
14	14. REALICÉ LA REVISIÓN Y RESPONDÍ POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES DE DATOS E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Evidencias: Revisé la información contenida en los formatos de captura, documentos, bases de datos e informes generados como resultado de las acciones e intervenciones realizadas, asegurando su calidad, coherencia y cumplimiento de los lineamientos técnicos y operativos del convenio. 14.2 Productos: Entregué la documentación debidamente revisada y validada, actualicé las bases de datos institucionales y presenté los informes ajustados conforme a los criterios de calidad definidos por la Subred.		
15	15. REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 Evidencias: Realicé el cargue y la radicación de la cuenta de cobro dentro de los plazos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, verificando previamente el cumplimiento de los requisitos documentales exigidos para su presentación. 15.2 Productos: Presenté la cuenta de cobro junto con la totalidad de los soportes requeridos, conservé la evidencia de la radicación y confirmé que la documentación cumpliera con las condiciones establecidas para su trámite.		
16	16. DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 Evidencias: Desarrollé las actividades contractuales dando cumplimiento a las políticas institucionales sobre protección y tratamiento de datos personales, aplicando las medidas de seguridad de la información requeridas para garantizar la confidencialidad, integridad y adecuado manejo de la información administrada. 16.2 Productos: Implementé las acciones necesarias para asegurar la protección de la información bajo mi responsabilidad, mantuve la reserva de los datos tratados y conservé los registros conforme a los protocolos institucionales de seguridad y confidencialidad.		
17	17. REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 Evidencias: No desarrollé evidencias asociadas a esta obligación, ya que no se identifican situaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres que requieren notificación. 17.2 Productos: No desarrollaré productos asociados a esta obligación, debido a que no se presentaron casos de trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres que requirieron la elaboración de informes o el diligenciamiento de formatos institucionales.		
18	18. APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1 Evidencias: No ejecuté evidencias asociadas a esta obligación, ya que no se presentaron situaciones que requieran la implementación de medidas para prevenir, corregir o denunciar el hostigamiento sexual, la violencia o la discriminación contra las mujeres. 18.2 Productos: No desarrollaré productos asociados a esta obligación, debido a que no se presentaron situaciones que requieran la implementación de medidas para prevenir, corregir o denunciar el hostigamiento sexual, la violencia o la discriminación contra las mujeres.		
19	19. 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. 19.1 Evidencias: Ejecuté las funciones y responsabilidades propias de mi perfil profesional de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico del Convenio Más Bienestar y los lineamientos técnicos y operativos vigentes, asegurando el cumplimiento de las actividades programadas durante el periodo contractual. 19.2 Productos: Consolidé la documentación derivada de la ejecución de las actividades asignadas, organicé los soportes correspondientes y presenté el informe de cumplimiento con los anexos requeridos para la verificación por parte de la supervisión.		
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, <u>CERTIFICO</u> 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° 1083526983	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/07/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/14	\$ 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 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	 ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ PS_3699_2026_2D6ABF ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ CC: 53100853		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3699_2026_2D6ABF 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_3699_2026_2D6ABF LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PAGADO 15/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ		
Documento	CC53100853	Dirección	CR 78M #55 - 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3192401239
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SGE	LMC	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 53100853	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 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	\$ 1.800	\$ 543.600

Puntored no te cobra por esta
transacción
puntored
Corresponsal Bancario
Davivienda

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-08-15
Hora	10:38:59
Punto de Venta	203854
Numero de aprobacion UPC	Transaccion Exitosa
Tipo de transaccion	Recaudo
ID	
Transaccion Puntored	1540042071
Codigo del Convenio	11141
Nombre del Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE - 0000001556281
Referencia del Pago	8824157079
Valor Pago	\$543,600

Línea de atención
personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888
BANCO DAVIVIENDA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA