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:	**MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY**			**CC:**	**1023914586**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAIRACELY183@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209726955**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 G SUR 0 66 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870417856**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7637 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 259.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY
PS_7637_2025_9E12B9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY
CC: 1023914586
CEL: 3209726955

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			
MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY			
	CON C.C N°	**1.023.914.586**	
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 7637 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**16**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.596.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 259.200
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	OBLIGACIÓN 1 PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividad desarrollada: Presté mis servicios con calidad y oportunidad, desarrollé las actividades asignadas conforme a mi perfil profesional y cumplí los lineamientos técnicos y operativos establecidos en el Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales. 1.2 Evidencia: Informe mensual, registros de actividades y soportes de ejecución.
2	OBLIGACIÓN 2 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 Actividad desarrollada: Presenté el cronograma de actividades correspondiente al período reportado y entregué el informe mensual con la descripción de las actividades ejecutadas. 2.2 Evidencia: Cronograma de actividades e informe mensual.
3	OBLIGACIÓN 3 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 Actividad desarrollada: Apoyé la prestación de los servicios del convenio y presenté la información y los soportes requeridos conforme a los anexos y lineamientos técnicos vigentes. 3.2 Evidencia: Soportes documentales, formatos diligenciados e informe mensual.
4	OBLIGACIÓN 4 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 Actividad desarrollada: Apoyé las actividades inherentes al objeto contractual, contribuí al mejoramiento continuo de la calidad mediante el cumplimiento de los lineamientos establecidos y participé en las acciones requeridas para el fortalecimiento de los procesos desarrollados durante el período reportado. 4.2 Evidencia: Registros de actividades, formatos diligenciados y soportes de ejecución.
5	OBLIGACIÓN 5 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 Actividad desarrollada: Realicé la apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del convenio para orientar el desarrollo de las actividades asignadas. 5.2 Evidencia: Productos elaborados, registros de actividades e informe mensual.
6	OBLIGACIÓN 6 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 Actividad desarrollada: Desarrollé procesos de asistencia técnica de acuerdo con mi perfil profesional y atendí los requerimientos de los procesos transversales del convenio. 6.2 Evidencia: Registros de asistencia técnica, soportes e informe mensual.

7	OBLIGACIÓN 7 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 Actividad desarrollada: Realicé la revisión, el alistamiento y la entrega oportuna de los formatos, documentos e informes generados durante las intervenciones realizadas. 7.2 Evidencia: Formatos, bases de datos, documentos e informes entregados.
8	OBLIGACIÓN 8 PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividad desarrollada: Participé y gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales requeridos para el desarrollo de las actividades programadas. 8.2 Evidencia: Registros de gestión, actas y soportes de intervención.
9	OBLIGACIÓN 9 ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 Actividad desarrollada: Activé y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública identificados durante las intervenciones realizadas, cuando fue requerido. 9.2 Evidencia: Formatos de notificación, registros y soportes.
10	OBLIGACIÓN 10 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 Actividad desarrollada: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS y apliqué los lineamientos impartidos en el desarrollo de las actividades asignadas. 10.2 Evidencia: Listados de asistencia, actas y soportes.
11	OBLIGACIÓN 11 ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL. 11.1 Actividad desarrollada: Organicé la documentación generada durante el período reportado conforme a la normatividad y a la tabla de retención documental. 11.2 Evidencia: Archivo documental organizado y soportes.
12	OBLIGACIÓN 12 REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 Actividad desarrollada: Realicé las actividades adicionales requeridas por la supervisión que estuvieron relacionadas con el objeto contractual. 12.2 Evidencia: Registros de actividades y soportes.
	OBLIGACIÓN 13 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 Actividad desarrollada: Realicé la caracterización sociodemográfica con calidad, oportunidad y veracidad, apliqué los tamizajes

13	correspondientes conforme a los lineamientos establecidos y garanticé el diligenciamiento completo de la información. 13.2 Evidencia: Formatos de caracterización, tamizajes y planillas de firmas.
14	OBLIGACIÓN 14 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 Actividad desarrollada: Diligencié la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS dentro del tiempo establecido, garanticé la calidad del dato y verifiqué la consistencia de la información registrada. 14.2 Evidencia: Registros en el aplicativo GTAPS y soportes de cargue.
15	OBLIGACIÓN 15 PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 Actividad desarrollada: Presenté el cronograma de actividades correspondiente al período reportado y utilicé los mapas base, matrices, cartografía y demás insumos técnicos preparados para la planeación y ejecución de las intervenciones territoriales. 15.2 Evidencia: Cronograma de actividades, mapas base, matrices, cartografía y demás insumos técnicos.
16	OBLIGACIÓN 16 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 Actividad desarrollada: Presenté el mapa con el registro del ejercicio de cartografía realizado durante el período reportado y consolidé la matriz de información cuantitativa y cualitativa con los registros obtenidos en el territorio. 16.2 Evidencia: Mapa de cartografía, matriz de información cuantitativa y cualitativa.
17	OBLIGACIÓN 17 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 Actividad desarrollada: Participé en el comité territorial y aporté al análisis de la información correspondiente a la cartografía, matrices, informes y conclusiones del comité de cuidado. 17.2 Evidencia: Actas de comité, listados de asistencia y soportes.
18	BLIGACIÓN 18 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 Actividad desarrollada: Registré las actividades desarrolladas en los instrumentos definidos para la captura de información, garanticé la calidad del registro y diligencié los formatos establecidos. 18.2 Evidencia: Planillas, consentimientos informados, registros en aplicativo y formatos diligenciados.
19	OBLIGACIÓN 19 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 Actividad desarrollada: Gestioné y activé oportunamente los riesgos en salud identificados mediante el agendamiento, las activaciones de ruta y las notificaciones correspondientes, según cada caso. 19.2 Evidencia: Formatos de activación, registros de agendamiento y soportes.
	OBLIGACIÓN 20 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	20.1 Actividad desarrollada: Cumplí las obligaciones asignadas conforme a mi perfil profesional y apliqué los lineamientos técnicos y operativos establecidos en el Anexo Técnico del Convenio Más Bienestar durante el período reportado. 20.2 Evidencia: Informe mensual, productos entregados y soportes de ejecución.

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° 9505717522	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/21	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/21	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/21	$ 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	*MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY* *PS_7637_2025_9E12B9* **MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY** **CC: 1023914586**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7637_2025_9E12B9* **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_7637_2025_9E12B9* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1023914586		MARTINEZ CELY MAYRA YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 H SUR # 2 - 04 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

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	496780668	9505717522	I	2026/06/22	2026/07/21	NEQUI	29	$553,500

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023914586 MARTINEZ MAYRA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$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 1023914586		MARTINEZ CELY MAYRA YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 H SUR # 2 - 04 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

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	496780668	9505717522	I	2026/06/22	2026/07/21	NEQUI	29	$553,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$6,000	$0	$286,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$6,000	$0	$286,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$1,000	$0	$43,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$4,700	$0	$223,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$4,700	$0	$223,600
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$11,700**	**$0**	**$553,500**

¡Hola, David Rodríguez !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 553.500,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505717522

Fecha de la transacción: 20/07/2026

CUS: 496780668

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

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025 (1).pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025 (1).pdf
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
☐	PS_7637_2025_CUENTA_ DE_ COBRO_ DICIEMBRE _2025.pdf	PS_7637_2025_CUENTA_ DE_ COBRO_ DICIEMBRE _2025.pdf
☐	PS_7637_2026_CUENTA_ DE_ COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7637_2026_CUENTA_ DE_ COBRO_ENERO_2026.pdf
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_FEBRERO_2026.pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_FEBRERO_2026.pdf
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7637 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7637 2025 8-5-26.pdf
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf
	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf (Archivado)	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.p
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf.pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf.pdf
☐	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf(2).pdf	PS_7637_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.p

Cancelar