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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE**			**CC:**	**53159949**
CORREO ELECTRÓNICO:	**carolinabeltran600@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3115753171**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 90 BIS 76 51 AG 2 IN 36 AP 502**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007700696292**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7125 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.639.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/09/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/09**				

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
PS_7125_2025_D647FB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
CC: 53159949
CEL: 3115753171

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			
DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE			
	CON C.C N°	**53.159.949**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7125 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.483.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**55**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.281.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.639.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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.OBLIGACION: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID- 19, de las localidades: (Antonio Nariño, san Cristóbal, y candelaria). 1.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción PAI, Producto en Magnético drive
2	2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entregar el cronograma mensual de las actividades a desarrollar según lineamiento. Se realiza entrega de cronograma proyectado mensual y actualización diaria si así se requiere. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades, Producto en Magnetico-drive
3	3. OBLIGACION Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: apoyar las actividades según el objeto de 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. 3.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de Articulación sectorial (acciones en mesa Mas bienestar, articulación con componentes, transversalidades, coordinadores locales de salud) e intersectorial para posicionamiento del Programa PAI que permita desarrollar acciones conjuntas con resultado de cumplimiento en las metas de vacunación. Soportes de acta en magnético
4	4. OBLIGACION. 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: apoyar las actividades según el objeto de 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. 4.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Reportar mediante oficios a las IPS las novedades de incumplimiento a los estándares de habilitación de los servicios de vacunación en el marco de la normativa vigente para la prestación y habilitación de servicios de salud, oficios radicados en agilsalud.
5	5. OBLIGACION. Cumplir con la meta, 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. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades, productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde mi perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Validación de los indicadores de calidad, completitud y congruencia de los informes mensuales (reporte mensual de dosis aplicadas, movimiento de biológico, dispositivos médicos e insumos, informe tácticas modalidad extramural) del Programa permanente incluida la vacuna COVID-19 y otras que se incluyan en el Programa. Producto en Magnético, correo de validación.
6	6. OBLIGACION. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 6.2. PRODUCTO Realizar y liderar la asistencia técnica PAI local, convocando a profesionales y auxiliares de enfermería de las IPS públicas, privadas (incluidos particulares y pediatras) que tienen habilitado el servicio de vacunación de la Subred. Debe contar con la participación del referente o delegado del equipo de VSP. (EVIDENCIA): Acta de AT local PAI.

7	7. OBLIGACION. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar asistencias técnicas desde mi perfil a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de Participación en los espacios de vigilancia en salud pública como: COVES y los demás Programados que requieran acompañamiento del Programa.
8	8. OBLIGACION. Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 8.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar y entregar oportunamente y con calidad informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 8.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Validación de los indicadores de calidad, completitud y congruencia de los informes mensuales (reporte mensual de dosis aplicadas, movimiento de biológico, dispositivos médicos e insumos, informe tácticas modalidad extramural) del Programa permanente incluida la vacuna COVID-19 y otras que se incluyan en el Programa. Producto en Magnético, correo de validación
9	9. OBLIGACION. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 9.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la planeación de jornadas de vacunación, articulaciones intra- extra sectoriales y visitas de asistencias técnicas para gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales. 9.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de articulación intra y extrasectoriales.
10	10. OBLIGACION. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar notificaciones según se requiera de eventos de interés en salud pública de acuerdo a las actividades desarrolladas. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación en cove mensual, seguimiento a EAPV, Seguimiento y Reporte de notificación por Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y excursiones de temperatura.
11	11. OBLIGACION. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos documentales generados por las actividades según lineamiento. 11.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización y entrega de productos mensuales según la línea técnica dada desde soporte documental.
12	12. OBLIGACION. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades en los diferentes espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC y necesidades de la Subred. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de articulación con sectores e intrasectoriales.
13	13. OBLIGACION. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 13.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: cumplimiento de obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC. 13.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de revisión de productos según cronograma.
14	14. OBLIGACION. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC y necesidades de la Subred. 14.2 PRODUCTO (EVIDENCIA):Actas de reunión con secretaria de salud, ICBF, aperturas de IPS y seguimientos en IPS.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-09)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93986019	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/04	$ 274.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/04	$ 351.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/04	$ 53.500

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 678.700

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	*DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE* *PS_7125_2025_D647FB* **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE** **CC: 53159949**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ* *PS_7125_2025_D647FB* **LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7125_2025_D647FB* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36	6014373248	CAROLINABELTRAN600@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93986019	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,193,280	$691.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	274.200	0		0		0	0	0	0	274.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	351.000	0	0	0	0	0	0		351.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	53.500				53.500	0	0	53.500			535	53.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.200	0	0	13.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	274.200	274.200
Pensión	1	351.000	351.000
Riesgos Laborales	1	53.500	53.500
CCF	1	13.200	13.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	691.900	691.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36	6014373248	CAROLINABELTRAN600@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93986019	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,193,280	$691.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53159949	BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA	59	0			N																	25-14	2.193.280	30	351.000	0	0	0	0	EPS008	2.193.280	30	274.200	14-7	2.193.280	30	3	53.500	CCF24	2.193.280	30	13.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
537620888

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
03/08/2026

Número de aprobación
00620888

Dirección IP
186.154.36.235

Valor transacción
$ 691.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.154.36.235	CC	53159949

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7125 2025 1.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7125 2025 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7125 2025 2.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7125 2025 2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 7125 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >