**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:** | **JENNYFER PADILLA PEREA** | | | **CC:** | **1030669145** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **Jepadillape@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3005763750** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **AK 68 5 17** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **03068099420** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7115 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 1.446.500** |
| **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** | | | | |

*JENNYFER PADILLA PEREA*
*PS_7115_2025_62CBA1*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**JENNYFER PADILLA PEREA**
**CC: 1030669145**
**CEL: 3005763750**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **JENNYFER PADILLA PEREA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.030.669.145** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 7115 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.839.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **55** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 63.958.400 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.446.500 |
| **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**<br>**(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 Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1Actividades desarrolladas: Elaboración de la microplaneación para la operación en el territorio de la vacunación extramural, consolidación de informe mensual de seguimiento y evaluación de la implementación del plan de trabajo del territorio, Realizar asistencia técnica al equipo de vacunación extramural en el cual se socialicen aspectos técnicos y/o lineamientos del Programa,Contar con Kardex diario de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos entregados a los equipos extramurales, Realizar supervisión y fortalecimiento técnico, Realizar seguimiento a la gestión de las bases de cohortes realizadas por la modalidad extramural, Realizar seguimiento al ingreso de las dosis administradas en el aplicativo PAI, Asistir a las reuniones de fortalecimiento PAI convocadas por el componente de estrategias de SDS. 1.2Productos (evidencias): microplaneación de actividades diarias, informe de tácticas extramuros, acta de asistencia técnica mensual, kardex de inmunobiológicos y dispositivos médicos, listas de chequeo, acta de seguimiento a la cohorte acta de seguimiento a la digitación listado de asistencia a reuniones convocadas por SDS. |
| 2 | Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1Actividades desarrolladas: planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación 2.2Productos (evidencias): plan de acción de actividades mensual |
| 3 | Obligación 3:. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicitan conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1Actividades desarrolladas: consolidación de informe mensual de seguimiento y evaluación de la implementación del plan de trabajo del territorio, Realizar asistencia técnica al equipo de vacunación extramural en el cual se socialicen aspectos técnicos y/o lineamientos del Programa,Contar con Kardex diario de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos entregados a los equipos extramurales, Realizar supervisión y fortalecimiento técnico mediante la aplicación de lista de chequeo, 3.2Productos (evidencias): informe de tácticas extramural, kardex de inmunobiológicos y dispositivos médicos, listas de chequeo |
| 4 | Obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planos de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1Actividades desarrolladas: Asistir a las reuniones de fortalecimiento PAI convocadas por el componente de estrategias de SDS. 4.2Productos (evidencias): lista de asistencia de la reunión |
| 5 | Obligación 5: 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. 5.1Actividades desarrolladas: consolidación de informe mensual de seguimiento y evaluación de la implementación del plan de trabajo del territorio, Realizar asistencia técnica al equipo de vacunación extramural en el cual se socialicen aspectos técnicos y/o lineamientos del Programa, Contar con Kardex diario de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos entregados a los equipos extramurales, Realizar supervisión y fortalecimiento técnico mediante la aplicación de lista de chequeo, Realizar seguimiento a la gestión de las bases de cohortes realizados por la modalidad extramural, Realizar seguimiento al ingreso de las dosis administradas en el aplicativo PAI 5.2Productos (evidencias): informe de tácticas extramural, kardex de inmunobiológicos y dispositivos médicos acta de asistencia técnica mensual, kardex de inmunobiológicos y dispositivos médico, listas de chequeo, acta de seguimiento a la digitación |
| 6 | Obligación 6:. Realizar la apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos de convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1Actividades desarrolladas: apropiación conceptual ficha de Gestión Integral de Programas, Estrategias y Planes para el Bienestar 6.2Productos (evidencias): acta de apropiación de ficha de Gestión Integral de Programas, Estrategias y Planes para el Bienestar |
| | Obligación 7: . 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. 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. |

| | |
|---|---|
| 7 | 7.1Actividades desarrolladas:, Realizar asistencia técnica al equipo de vacunación extramural en el cual se socialicen aspectos técnicos y/o lineamientos del Programa consolidación de informe mensual de seguimiento y evaluación de la implementación del plan de trabajo del territorio 7.2 Productos (evidencias) acta de asistencia técnica mensual, listado de asistencia de la reunión informe de tácticas extramural |
| 8 | Obligación 8: 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: consolidación de informe mensual de seguimiento y evaluación de la implementación del plan de trabajo del territorio 8.2 Productos (evidencias): informe de tácticas extramuros |
| 9 | Obligación 9: Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades de los equipos de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado 9.1 Actividades desarrolladas: Realizar supervisión y fortalecimiento técnico equipo extramural 9.2 Productos (evidencias): listas de chequeo al equipo extramural |
| 10 | Obligación 10 Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 10.1 Actividades desarrolladas: Participar en las unidades de análisis de los EAPV presentadas en la modalidad extramural. 10.2 Productos (evidencias): asistencia a las unidades de análisis |
| 11 | Obligación 11 .Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 11.1 Actividades desarrolladas: organización del archivo documental del extramural 11.2Productos (evidencias): formato único de inventario documental FUID |
| 12 | Obligación 12 Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social 12.1Actividades desarrolladas: Seguimiento a las canalizaciones del equipo extramural 12.2Productos (evidencias): formato de canalizaciones |
| 13 | Obligación 13 El contratista se obliga a que las glosas que se generan 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: supervisión de actividades del equipo extramural, registros diarios de vacunación SIS niño. SIS adulto, registro diario de temperatura, encuestas de Fiebre amarilla, consentimiento informado de VPH 13.2 Productos (evidencias): actas de seguimiento a incumplimiento de actividades |
| 14 | Obligación 14Realizar las demás obligaciones que se relacionan 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: supervisión de actividades del equipo extramural, registros diarios de vacunación SIS niño. SIS adulto, registro diario de temperatura, encuestas de Fiebre amarilla, consentimiento informado de VPH 14.2 Productos (evidencias): actas de seguimiento a incumplimiento de actividades, Registros diarios de vacunación, actas de seguimiento a planes de seguimiento |

**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° 6028070896 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/08/12 | $ 242.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/08/12 | $ 309.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/08/12 | $ 47.200 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 599.000 |

| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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** | *JENNYFER PADILLA PEREA*<br>*PS_7115_2025_62CBA1*<br>**JENNYFER PADILLA PEREA**<br>**CC: 1030669145** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ*<br>*PS_7115_2025_62CBA1*<br>**LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE*<br>*PS_7115_2025_62CBA1*<br>**LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030669145 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JENNYFER PADILLA PEREA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 79F 46 45 SUR | TELÉFONO: | 2642195 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **6028070896** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/08/12 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 560158209 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 309.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 309.800 | $ 0 | $ 309.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 309.800** | **$ 0** | **$ 309.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 242.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 242.000 | $ 0 | $ 0 | $ 242.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 242.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 242.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 47.200 | $ 47.200 | $ 0 | $ 0 | $ 47.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 47.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 47.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1030669145 | PADILLA PEREA JENNYFER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.456.958 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.935.680 | $ 309.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 309.800 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.935.680 | $ 242.000 | $ 0 | $ 242.000 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A | 30 | $ 1.935.680 | 103066914 | $ 47.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 599.000**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030669145 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JENNYFER PADILLA PEREA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 79F 46 45 SUR | TELÉFONO: | 2642195 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6028070896** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/08/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 560158209 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 309.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 309.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 242.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 242.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600025032 | 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A | 1 | $ 47.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 47.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 599.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 599.000** |

Planilla Pagada

Bancolombia

# Comprobante en línea

12 Ago 2026 08:13

Pago PSE

## Pago exitoso

CUS 560158209

Comercio
**SOI ACH**

Referencia 1
**10.80.25.153**

Fecha
**12 Ago 2026 08:13**

Referencia 2
**CC**

Número de factura
**6028070896**

Referencia 3
**1030669145**

Descripción del pago
**Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago
**$599.000**

Número de comprobante
**TR260812081343PICrfk**

Costo de la transacción
**$ 0**

Producto origen
**Cuenta de ahorros**
****** 9420**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 7115 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7115 2025 1.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7115 2025 1.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7115 2025 2.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7115 2025 2.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ABRIL 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | PS 7115 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >