FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

20	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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508097643	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/12	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	$ 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	Ana E. Gamboa M **ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO** **CC: 52179713**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

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 área de gestión.
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: Coordiné y ejecuté las acciones de articulación con los pacientes para facilitar el ingreso y posterior abordaje desde mi perfil. 8.2. Soporte: Capturé el registro fotográfico de los acercamientos y suscribí los formatos de captura de las visitas realizadas.
9	9. OBLIGACIÓN: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. Actividad desarrollada: En el momento en el que identifiqué durante el abordaje las patologías y condiciones de riesgo sujetas a vigilancia o tratamiento especial, procedí con la canalización formal según el protocolo de salud pública. 9.2. Soporte: Durante el mes no se presentaron eventos de notificación epidemiológica.
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	OBLIGACIÓN 14 : 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	OBLIGACIÓN 15 : PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1. Actividad desarrollada: Durante el periodo a certificar no elaboré ni organicé los insumos geográficos, poblacionales y cartográficos, ya que no se requirieron, para mi perfil de auxiliar de enfermería. 15.2. Soporte: Dado que en el periodo a certificar no aplicó la solicitud, no estructuré 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: Desde mi perfil no se solicita el mapa territorial con el registro gráfico del ejercicio de cartografía social 16.2. Soporte: Para el periodo a certificar desde mi perfil no realice el mapa de cartografía social sectorizado
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 en aplicativo GTAPS. 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, 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. 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

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				
ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO				
CON C.C Nº	**52.179.713**			
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 7361 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122,5**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 39.600.900	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 1. 984.500	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR, 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: Planifiqué y presenté de manera anticipada la programación mensual de las visitas y actividades extramurales, consolidando al cierre del periodo el informe técnico detallado de la gestión asistencial y coberturas alcanzadas. 2.2. Soporte: Elaboré el cronograma de actividades proyectado y estructuré el informe mensual de ejecución contractual con los soportes de cumplimiento.
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 gestor más bienestar, garantizando un abordaje técnico uniforme en territorio. 5.2. Soporte: Presenté el acta de apropiación de lineamientos al iniciar en el proceso.
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

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 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:	ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO			CC:	52179713
CORREO ELECTRÓNICO:	ANAEGAMBOA9397@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3214529221
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69C BIS 78 38 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488414894714
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7361 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO:			$ 1.984.500
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				

Ana E Gamboa M

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO

CC: 52179713

CEL: 3214529221

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 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	644765639	9509635426	I	2026/09/03	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	8	$545,200

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	52179713	GAMBOA ANA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	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 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	644765639	9509635426	I	2026/09/03	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	8	$545,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,700					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,700	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,400					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$1,400	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$3,400	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,900
$281,900
$43,000
$43,000
$220,300
$220,300
$545,200

Gmail

Ana Gamboa <anaegamboa9397@gmail.com>

DAVIVIENDA

1 mensaje

BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com <BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com> 10 de septiembre de 2026 a las 9:27 p.m.
Para: anaegamboa9397@gmail.com

DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Apreciado(a) ANA ELVIRA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****4714:

Fecha: 2026/09/10
Hora: 21:27:36
Valor Transacción: $545,200
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción: PSE APORTES EN LINEA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

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		
COMUNICACION SUPERVISOR PS 7361 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7361 2025 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS-7361-2025-CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_ADICIONALES_2026.pdf (Archivado)	PS-7361-2025-CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_ADICIONALES_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 7362_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2026.pdf (Archivado)	PS 7362_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2026.2.pdf	PS 7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2026.2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025 2.pdf (Archivado)	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025 2.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025 3.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025 3.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7361_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.