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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR**			**CC:**	**1038099134**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KAJOR1020@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3229155269**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 58C SUR 87 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04500018271**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7501 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.074.640**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
PS_7501_2025_2D29F2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
CC: 1038099134
CEL: 3229155269

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			
KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR			
	CON C.C N°	**1.038.099.134**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7501 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.118.194	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.074.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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: 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 asignado 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	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: Elaborará el cronograma de actividades proyectado y estructurará el informe mensual de ejecución contractual con los soportes de cumplimiento.
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	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 correctivas y preventivas definidas en el plan de mejoramiento de acciones, velando por el cumplimiento de los estándares de habilitación y la calidad en la atención domiciliaria. 4.2. Soporte: Aplique las listas de chequeo de estándares de habilitación y firme las actas de seguimiento del servicio.
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	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.
	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

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	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 de articulación con los pacientes para facilitar el ingreso y posterior abordaje acciones desde mi perfil. 8.2. Soporte: Capture el registro fotográfico de los acercamientos y suscribí los formatos de captura de las visitas realizadas.
9	OBLIGACIÓN: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. Actividad desarrollada: Identifiqué durante el abordaje las patologías y condiciones de riesgo sujetas a vigilancia o tratamiento especial, y procedí con la canalización formal de los casos, de acuerdo con el protocolo de salud pública. 9.2. Soporte: Diligencié las fichas de notificación epidemiológica y reporté formalmente la activación de casos al área competente, en el momento que aplique dicha canalización.
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	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	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	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 : 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 : PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1. Actividad desarrollada: Certifiqué que durante el período a evaluar no elaborado ni orgánico insumos geográficos, poblacionales o cartográficos, debido a que esta actividad no fue requerida para mi perfil de auxiliar de enfermería. 15.2. Soporte: Evidencié que durante el período a certificar no fue aplicable la elaboración de mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales o poblacionales correspondientes a los microterritorios definidos.
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: Evidencié que, durante el período a certificar, no elaboré el mapa territorial con el registro del ejercicio de cartografía social, dado que esta actividad no corresponde a las funciones de mi perfil. 16.2. Soporte: Certifiqué que, durante el período evaluado, no realicé el mapa de cartografía social sectorizado ni la matriz de información cuantitativa y cualitativa, por no ser un producto requerido para mi perfil.
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	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.
	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 y notificando los eventos epidemiológicos pertinentes, cuando el caso así lo requirió. 19.2. Soporte: Tramita los formatos de activación de rutas de salud y archiva los comprobantes de asignación de citas o

19	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 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8394588877	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/14	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/14	$ 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 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	*KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR* *PS_7501_2025_2D29F2* **KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR** **CC: 1038099134**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7501_2025_2D29F2* **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_7501_2025_2D29F2* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
No. Identificación: CC1038099134
Dirección: CLL58C SUR 87 10
Telefono: 3229155269
Correo: kajor1020@gomail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8394588877

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1038099134	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2026
Número de planilla	8394588877	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2026
Fecha pago	2026-09-14	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93005476	**Total Pagado**	544300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	2500

PAGADA
8394588877

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230301	Porvenir	281500	1
EPS008	Compensar EPS	219900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1038099134
APELLIDOS Y NOMBRES: KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9658644373 DV: 771709
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 11/09/2026 16:16:42
PAP: 918618
Nombre: MMM
Apellido 1: MMM
NUM PLANILLA: 8394588877
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1038099134
PERIODO: 202608
Referencia: 8394588877Valor: $544.300,00

Valor recibido: $544.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
Celular: 300 913 9161
WhatsApp Efecty: 321 235 5316
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

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

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	E

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DIC_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DIC_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_COBRO_FEBRERO_2026.pdf
PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf
COMUNICACION SUPERVISOR PS 7501 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7501 2025 8-5-26.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026 pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026 (2).pdf
PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026 (1).pdf (Archivado)	PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026 (1).pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf

Cancelar