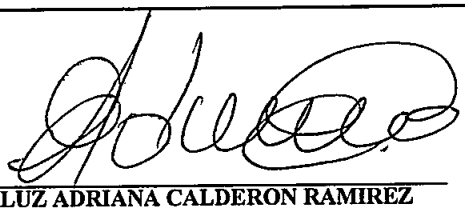
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 **ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ** **CC: 53100853**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

16	DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y A LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 Evidencias: Apliqué durante el desarrollo de mis actividades las medidas establecidas para el manejo responsable y reservado de la información, manteniendo la confidencialidad de los datos conocidos en razón de las intervenciones realizadas. 16.2 Productos: Conservé los registros y documentos bajo las condiciones de manejo y protección establecidas, evitando la divulgación o utilización inadecuada de la información de las personas y familias atendidas
17	REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 Evidencias: No desarrolle situaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres que requirieran la realización de una notificación formal conforme a las rutas establecidas 17.2 Productos: No se generaron reportes ni formatos de notificación asociados a esta obligación durante el periodo, debido a que no se presentaron casos que requirieran su activación.
18	APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO. 18.1 Evidencias: No desarrolle situaciones que requirieran la implementación específica de medidas de corrección, denuncia o activación de rutas relacionadas con hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres. 18.2 Productos: No se generaron productos o registros específicos asociados a esta obligación durante el periodo reportado, debido a que no se presentaron situaciones que requirieran su ejecución
19	CUMPLIR, SEGÚN MI PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1 Evidencias: Desarrollé las responsabilidades asignadas de acuerdo con mi perfil profesional, atendiendo las orientaciones técnicas y operativas establecidas para la ejecución de las actividades y dando respuesta a los requerimientos relacionados con el objeto contractual. 19.2 Productos: Consolidé y entregué los registros, documentos y demás soportes derivados de las actividades realizadas durante el periodo, dejando evidencia del cumplimiento de las responsabilidades que me fueron asignadas

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° 1082370622- 1083634690	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/15	$ 372.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/15	$ 476.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/15	$ 77.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 925.700

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

6	permitiendo identificar las gestiones adelantadas y el estado de los casos atendidos. 6.2 Productos: Consolidé la información de las familias atendidas en los registros y bases de seguimiento correspondientes, junto con los formatos de disentimiento que fueron necesarios y los soportes relacionados con la gestión y cierre de los casos.
7	REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL, DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS Y SEGÚN LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA. 7.1 Evidencias: Apliqué los instrumentos de tamizaje correspondientes a las características y necesidades de las personas y familias atendidas, teniendo en cuenta los criterios establecidos en las fichas técnicas. Realicé la valoración de aspectos relacionados con salud mental, condiciones psicosociales, funcionalidad y factores de riesgo, según correspondió en cada caso. 7.2 Productos: Dejé registrados los tamizajes aplicados y sus respectivos resultados, junto con los formatos de valoración y soportes de las situaciones que requirieron orientación, seguimiento o activación de las acciones correspondientes
8	REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y EL SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y EL NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Evidencias: Gestioné las canalizaciones que fueron necesarias a partir de las situaciones identificadas durante las intervenciones, orientando a las familias hacia los servicios, programas y entidades correspondientes. Realicé seguimiento a los casos que, por sus características o nivel de riesgo, requirieron verificación de las acciones adelantadas y continuidad en la atención. 8.2 Productos: Generé los soportes de las remisiones y canalizaciones efectuadas, registros de seguimiento y demás evidencias relacionadas con las gestiones realizadas ante las diferentes instituciones y servicios
9	REALIZAR EL AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA, DE ACUERDO CON LA NECESIDAD IDENTIFICADA Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS. 9.1 Evidencias: Gestioné durante las atenciones el agendamiento de los usuarios que requirieron acceso a servicios, procurando su asignación a la unidad resolutiva más cercana y pertinente de acuerdo con la situación identificada. Verifiqué la disponibilidad y dejé registrado el proceso conforme a los procedimientos establecidos. 9.2 Productos: Registré las asignaciones realizadas, las confirmaciones de las citas gestionadas y los respectivos soportes disponibles en el sistema institucional.
10	REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LAS SITUACIONES IDENTIFICADAS Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. 10.1 Evidencias: Identifiqué durante las atenciones las situaciones que, de acuerdo con los criterios establecidos, requirieron notificación en salud pública. Realicé el reporte correspondiente siguiendo los procedimientos definidos y dejando constancia de la gestión adelantada. 10.2 Productos: Registré las notificaciones realizadas y diligencié los formatos y soportes requeridos para el reporte de los eventos identificados durante el periodo de ejecución
11	REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 Evidencias: Registré en el aplicativo GTAPS la información obtenida durante las visitas realizadas a las familias, procurando que los datos quedaran completos, coherentes y dentro de los tiempos establecidos para el proceso de reporte. 11.2 Productos: Dejé actualizada la información de las familias atendidas en GTAPS y los respectivos soportes derivados del registro y validación de los datos ingresados
12	APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 Evidencias: Participé en las actividades orientadas al fortalecimiento de la calidad de los procesos, atendiendo las orientaciones recibidas y aportando desde mi perfil profesional a las acciones de mejora relacionadas con la prestación de los servicios. 12.2 Productos: Aporté los registros y soportes derivados de las actividades de mejoramiento en las que participé, incluyendo documentos de seguimiento, compromisos establecidos y demás evidencias solicitadas
13	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS, GARANTIZANDO LA CALIDAD DE LOS DATOS DESDE MI PERFIL PROFESIONAL Y DE ACUERDO CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HACEN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL. 13.1 Evidencias: Desarrollé las actividades que me fueron asignadas dentro de los tiempos establecidos, verificando que la información registrada correspondiera a las acciones efectivamente realizadas y que los datos contaran con las condiciones de integridad, consistencia, exactitud y oportunidad requeridas. 13.2 Productos: Entregué los registros, bases e informes derivados de las actividades desarrolladas, realizando las revisiones necesarias para mantener la información organizada y sin inconsistencias
14	REALIZAR LA REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Evidencias: Revisé la documentación generada como resultado de las intervenciones, verificando que los formatos, registros y bases de información correspondieran a las actividades realizadas y atendiendo los ajustes que fueron requeridos. 14.2 Productos: Entregué los formatos y documentos correspondientes a las actividades ejecutadas, junto con las bases de información revisadas y los informes que fueron solicitados durante el periodo
15	REALIZAR EL CARGUE Y ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 Evidencias: Gestioné la documentación necesaria para la presentación de la cuenta de cobro y efectué su cargue dentro del periodo establecido, verificando previamente que contara con los soportes requeridos. 15.2 Productos: Presenté la cuenta de cobro correspondiente al periodo, acompañada de los documentos y soportes exigidos para su trámite y radicación

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				
ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ				
CON C.C Nº	**53.100.853**			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO 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 EN TU HOGAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3699 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 15.801.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**103,5**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 15.801.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 2.359.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
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	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA. 1.1 Evidencias: Di cumplimiento a las actividades programadas en las unidades de atención, desarrollando las intervenciones requeridas de acuerdo con las necesidades identificadas. Registré oportunamente las acciones realizadas y las atenciones efectuadas durante las jornadas programadas. 1.2 Productos: Elaboré los registros de atención y los informes de gestión correspondientes a las actividades e intervenciones realizadas, dejando evidencia del desarrollo y cumplimiento de las acciones programadas.
2	REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL, DE ACUERDO CON LOS ANEXOS, LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y LAS ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1 Evidencias: Fortalecí y actualicé mis conocimientos relacionados con los anexos, lineamientos técnicos y orientaciones aplicables a mi perfil, incorporando estos conocimientos en el desarrollo de las actividades y acciones que me fueron asignadas. 2.2 Productos: Consolidé los soportes correspondientes a mi participación en espacios de capacitación, orientación y actualización, así como las evidencias relacionadas con la apropiación de los lineamientos técnicos requeridos para el cumplimiento de mis funciones
3	Evidencias: no desarrolle durante el periodo reportado, debido a que la entrega final de archivos, insumos y dotación se encuentra prevista para la terminación del contrato. No obstante, mantuve organizados y bajo custodia los documentos y elementos que me fueron asignados durante la ejecución contractual. 3.2 Productos: No se generaron productos de entrega final durante el periodo reportado, teniendo en cuenta que esta actividad corresponde al cierre del contrato. Se contempla para la finalización contractual la entrega organizada de los archivos físicos y digitales, el inventario de los elementos asignados y los demás soportes que correspondan.
4	REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS DISPOSICIONES APLICABLES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.4.1 Evidencias: Cumplí durante el periodo reportado con el pago de los aportes correspondientes al Sistema General de Seguridad Social y demás conceptos aplicables, efectuando los pagos dentro de los tiempos establecidos y realizando la respectiva verificación de los soportes. 4.2 Productos: Presenté los comprobantes de los aportes efectuados durante el periodo, las planillas PILA correspondientes y los documentos que respaldaron el cumplimiento de esta obligación contractual.
5	DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN Y LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS ESTABLECIDAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 Evidencias: Implementé las acciones contempladas en el plan de bienestar, atendiendo las situaciones priorizadas y las particularidades identificadas en cada grupo familiar. Durante este proceso efectué visitas domiciliarias, entrevistas de valoración, reconocimiento de factores de riesgo y orientación a las familias, de acuerdo con las necesidades encontradas en cada intervención. 5.2 Productos: Dejé como soporte de las actividades realizadas los registros de las intervenciones familiares, fichas de caracterización, formatos de visita domiciliaria y documentos relacionados con los compromisos y acciones acordadas con las familias atendidas.
	REALIZAR EL REGISTRO DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIARON LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR, ASÍ COMO LOS FORMATOS DE DISENTIMIENTO CUANDO NO FUE ACEPTADA LA INTERVENCIÓN, Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO PARA EVIDENCIAR LA GESTIÓN Y FINALIZACIÓN DE LOS CASOS. 6.1 Evidencias: Registré la información correspondiente a las familias con las que se dio inicio al proceso de bienestar familiar y diligencié los formatos requeridos en los casos en que no se aceptó la intervención. Asimismo, revisé y actualicé la información del archivo plano de ruteo,

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:	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ			CC:	53100853
CORREO ELECTRÓNICO:	angie2402@hotmail.com			TELÉFONO:	3192401239
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78M 55 30 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24077479138
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3699 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			$ 2.359.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				

Angela Avila G

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ
CC: 53100853
CEL: 3192401239

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-14, 05:05:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084430959

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824157079

PAGADO 12/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ		
Documento	CC53100853	**Dirección**	CR 78M #55 - 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3192401239
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53100853	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 1.300	$ 543.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Transacción Exitosa

Comprobante de la transacción: 8824157079-202608-2205108

Referencia / PIN

8824157079

Periodo de cotización

202608

Número aprobación (CUS)

649528119

Banco

NEQUI

Valor

$ 543.100

Fecha

2026-09-12 20:34:24.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

Nuevo pago