Sistemas CitiSalud SAS

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

CPS-340

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 37846 **Fecha:** 03/11/2026 **Valor:** 8,275,542.92

Beneficiario: 1072717337 - ROZO THOMPSON MANUELA CATALINA **Valor AIU:** 0

Forma de Pago: Transferencia **Detalle Forma Pago:** Desde Davivienda Cuenta No: 470169989006 Hacia: Davivienda Cuenta No: 45041451521 **Base AIU:** 0

Descripción: PAGO SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31 **% IVA AIU:** 0

Valor en Letras: OCHO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE CON 91 CENTAVOS **Vr IVA AIU:** 0

DETALLE DE LA CAUSACION

Num Doc	Descripción	Prefijo	Fecha	ValorTotal
41972	SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31	OCTB - 10	30/10/2026 00:00:00	8,414,616
			Total:	**8,414,616**

DETALLE RETENCIONES

Concepto	DesConcepto	Base Retención	%	Valor
1029	24361501 RETENCION EMPLEADOS ARTICULO 383	97000		97,000
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	8414616		42,073.08
			Total:	**139,073.08**

DETALLE CONTABILIDAD

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	8,275,542.92	0
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006	0	8,275,542.92
		Total: **8,275,542.92**	**8,275,542.92**

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	Contrato	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1522	1963	340	656	667	2.4.5.02.09.05	CONVENIO - MEDICO EN TU TERRITORIO	8,414,616
						Total:	**8,414,616**

DETALLE DEL EGRESO

PAGO SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31

Preparado Revisado Aprobado Tesorería

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato

N° DEL CONTRATO	340
CONTRATISTA	MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON
IDENTIFICACION:	1072717337
FECHA DE SUSCRIPCION:	8/10/2026
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO EN EL PUESTO DE SALUD INSPECCIÓN LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA ATENCIÓN 24 HORAS.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 8.414.616
PLAZO INICIAL:	23 DIAS
FECHA DE INICIO:	9/10/2026
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	31/10/2026
TIEMPO DE PRORROGA	
ADICION EN VALOR	
FECHA TERMINACION:	
MES PAGADO	
SEPTIEMBRE	16-oct-26
Certificación de pago seguridad social y parafiscales	FECHA DE CERTIFICACION:

El coordonadinar del area CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de
OCTUBRE 09-31

[Que razon a dicha ejecucion,el valor correspondientea pagar es de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS $ (8.414.616)

Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.

Informe de pago	SI
Planilla de Seguridad Social	SI
Factura -Cuenta de cobro	SI

Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de OCTUBRE 2026

DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA
SUPERVISOR

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO
Dir: AV MEDINA G - 05 - Tel: 8475026
Nit: 860020094

ORDENES DE PAGO: 41972

Tercero: 1072717337 - 8 - ROZO THOMPSON MANUELA CATALINA

Autorretenedor: NO	**Factura:** 10	**Regimen:** Comun
Contribuyente: NO	**Prefijo:** OCTB	**No. Contrato:** 340
I.C.A: ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL	**Fecha Factura:** 03/11/2026	**Fecha:** 30/10/2026
	Fecha Vence: 03/12/2026	

Descripción: SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31

Valor en Letras: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

CONCEPTOS

TTercero	DesTTercero	Concept	Descripción CXP	Iva	Descripción IVA	Valor
		1029	24361501 RETENCION EMPLEADOS ARTICULO 383			97,000
		1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000			42,073.08
		230	73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS			8,414,616
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS					8,275,542.92

DETALLE CONTABLE

Cuenta	DesCuenta	Lugar	UFuncional	CCostos	Nit	Debito	Credito
73010201	REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS	01	01	010101	1072717337	8,414,616	0
24361501	A EMPLEADOS ARTÍCULO 383 ET				1072717337	0	97,000
24362707	RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil				1072717337	0	42,073.08
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS				1072717337	0	8,275,542.92
					Total:	**8,414,616**	**8,414,616**

Cancelado: 0
Saldo Actual: 8,275,542.92

DETALLE PRESUPUESTAL

Disponibilidad	Registro	Obligacion	Lugar	Rubro	Descripción	Valor
99 - 667	91 - 656	83 - 1963	01	2.4.5.02.09.05	CONVENIO - MEDICO EN TU TERRITORIO	8,414,616
					Total:	**8,414,616**

Elaboró: Presupuesto

CUENTA DE COBRO No. 01
LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

DEBE A:

MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON
C.C. 1072717337 DE CHIA

LA SUMA DE: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE ($8.414.616)

Según objeto del contrato 340 del mes de OCTUBRE del año 2026. PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO EN EL PUESTO DE SALUD INSPECCIÓN LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA ATENCIÓN 24 HORAS.

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
E.S.E EL COLEGIO	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	100%	8.414.616
TOTAL			100%	8.414.616

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
340/2026	667	656

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social, corresponden mínimo, al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada, es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.

MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON
C.C. 1072717337 DE CHIA
CEL. 3118596767

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
		Versión
	PROCESO SUB GERENCIA - CONTRATACION	V01-2024

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

INFORMACIÓN BÁSICA

PERIODO DEL INFORME	9 AL 31 DE OCTUBRE	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	340 DEL 2026
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON	C.C N°	1.072.717.337
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO EN EL PUESTO DE SALUD INSPECCIÓN LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA ATENCIÓN 24 HORAS.		

Informe No:	01	Fecha:	OCTUBRE 2026				
Iniciación:	09/10/2026	Plazo Inicial:	23 DIAS	Prórroga		Fecha Final	
Finalización:	31/10/2026						

REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO

No DISPONIBILIDAD	VALOR	No REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
667	$ 8.414.616	656	$ 8.414.616

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor Total Del Contrato	$ 8.414.616	Valor A Pagar:	$ 8.414.616
		Valor Giros Efectuados	$0
% Ejecución del Contrato:	100%	% ejecución Financiera Actual:	0%

ADICIÓN PRÓRROGA

Fecha de Inicio:		Fecha de Terminación	

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
		Versión
	PROCESO SUB GERENCIA - CONTRATACION	V01-2024

ACTIVIDADES	CUMPLE	
	SI	NO
1. Prestar servicios profesionales de salud en medicina general, en el puesto de salud de la Inspección La Victoria a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio de consulta externa las 24 horas del día.	X	
2. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos y para dar tratamiento a los pacientes, que requieran de sus conocimientos en los servicios de consulta externa.	X	
3. Diligenciar adecuadamente los requisitos de atención de pacientes, historias clínicas y otros soportes de atención de acuerdo con lo establecido por las normas de auditoría de la institución y sustentar por escrito en los respectivos requisitos y en la historia clínica, los paraclínicos solicitados y el plan de manejo, respaldando toda actuación con su firma y sello.	X	
4. Ejecutar y promover programas y actividades de promoción y prevención para la comunidad, en un horario adicional a la realización de consulta médica, según programación.	X	
5. Proceder el diligenciamiento adecuado y oportuno de la historia clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución no. 1995 de 1999 y/o la normatividad vigente pertinente	X	
6. La atención del paciente se prestará siguiendo las guías de práctica clínica desarrolladas por el hospital, conjuntamente con el contratista.	X	
7. Practicar y cumplir con las actividades académicas reglamentarias de acuerdo a los programas establecidos y aprobados por la dirección científica del hospital.	X	
8. Propender por la seguridad y conservación de los elementos entregados para el desempeño del objeto contractual, así como responder por su pérdida en caso de culpa atribuible al contratista.	X	
9. Responder por la adecuada, clara precisa, legible, completa y veraz de los RIPS y toda la documentación relacionada con la prestación del servicio (historias clínicas, remisiones,.) a todos y cada uno de los pacientes atendidos, de conformidad con la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del ministerio de salud y sus modificaciones, con especial énfasis en los programas de interés de salud pública, AIEPI, IAMI, promoción y prevención.	X	

10. Realización de valoraciones médico legales según los requerimientos de las entidades reguladoras.	X		
11. Realización de traslados básicos en ambulancia al hospital de referencia o pertinente según criterio médico y complejidad de paciente, así como la notificación a central de referencia para la efectuación de dichos traslados.	X		
12. Mantener y articular un trabajo conjunto y continuado con la sede principal con el fin de ofertar y garantizar los servicios brindados por la institución.	X		
13. Colaborar de forma efectiva en el proceso de facturación mediante la decidida participación en la parte el proceso que le corresponda, así como garantizar oportunidad en la realización de consultas y realizar las gestiones necesarias y pertinentes con el fin de mantener estándares adecuados de acuerdo al nivel de complejidad ofertado en el puesto de salud.	X		
14. Asumir, en caso de presentarse glosa durante el recaudo por fallas atribuidas al contratista, el documento respectivo el cual será ejecutado por el hospital, contra el valor del contrato y por el monto de la actividad o el evento no pagado. Igualmente, el contratista participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el hospital.	X		
15. Realizar la prescripción y órdenes médicas de acuerdo a la resolución 3512 de 2019 y sus anexos, circular 017 de 2019 o el acto administrativo que contiene las coberturas del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y los anexos de medicamentos y procedimientos que soportan la actualización vigente.	X		
16. Registrar correctamente las estadísticas vitales en RUAF institucional en forma oportuna, con calidad según lineamientos técnicos.	X		
17. Dar cumplimiento a las actividades derivadas del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud de la Institución y el sistema de información para la calidad; y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del hospital.	X		

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
	PROCESO SUB GERENCIA - CONTRATACION	Versión V01-2024

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
HORAS CONSULTA EXTERNA	168	$8.414.616

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha Suspensión: | Fecha Reanudación

Yo DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA. en mi calidad de Subgerente (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON, documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo: planilla No 96051019 del pago de seguridad social correspondiente al mes de septiembre 2026

FIRMA COORDINADOR ÁREA

V°B° COORDINADOR DE ÁREA

Isabella Hoyos Madera
Médico
R.M. 1.007.508.581
U. Universitaria de Ciencias de la Salud

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

CUADRO DE ACTIVIDADES CONCERTADAS CON PERSONAL MEDICO EN TU TERRITORIO MES DE OCTUBRE DEL 2026

NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	D	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	D	V	S
DRA MANUELA ROZO										CE				CE		CE						CE		CE		CE		CE			
										24				24		24						24		24		24		24			
DR GABRIEL ACOSTA	CE		CE		CE		CE				CE				CE		CE											CE		
	24		24		24		24				24				24		24											24		
DRA ISABELLA HOYOS		CE		CE		CE			CE										CE				CE		CE					CE
		24		24		24			24										24				24		24					24
DRA CAMILA JARAMILLO								CE				CE	N					CE		CE	N						CE			CE	
								24				24	12					24		24	12						24			24	
JORGE BOTERO													D								D										
													12								12										

MEDICO RURAL DISPONIBLE

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072717337	MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON	calle 169b # 75-73	3058313113	thompsoncatalina98@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CODIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		96051019	16/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSION**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL NOMINA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-09	2026-09	I	$0	$1.206.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	485.000	0		0		0	7	2.500	0	487.500	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	620.800	0	0	0	0	7	3.200	0	624.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	94.600				94.600	7	500	95.100			948	95.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	485.000	487.500
Pensión	1	620.800	624.000
Riesgos Laborales	1	94.600	95.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.200.400	1.206.600

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

compensarimiplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072717337	MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON	calle 1c bis # 75-73	3058313113	thompsoncatalina06@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		96051019	10/2026	1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIÓN**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL MORA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-09	2026-09	I	$0	$1.208.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Estado	Salario Integral	Cotiza Pensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Corrección	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1072717337	ROZO THOMPSON MANUELA CATALINA	X			X																		230301	2.840.000	30	630.800	0	0	0	0	EPS017	3.840.000	30	445.000	14-03	2.840.000	30	2	94.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **30/01/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MANUELA CATALINA ROZO THOMPSON** con **Cédula de Ciudadanía número 1072717337**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550455200145536**
Fecha de apertura	**13/01/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO OPS OCTUBRE 9-31
Fecha Pago	03/11/2026
Hora Pago	16:11

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1072717337	**Referencia**	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5536	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 8.275.542,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial