

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y

ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

52,285,440

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 5879 2023

FECHA INICIO CONTRATO

21/06/2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 1,999.068

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

QUINCE (15) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 73,338,982

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 4,663,206

Nº DE INFORME:

20

N° CRP:

25998

Nº CDP:

1495

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

1 AÑO 5 MESES 10 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

ÍTEM	(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	<p>1. OBLIGACIÓN: 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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Alistamiento y caracterización de la IEC, activación de rutas, reporte y gestión de iec efectivas, fallidas y descartadas, diligenciamiento de formatos, ajustes en el aplicativo con técnico del subsistema, participación en reuniones de fortalecimiento técnico.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte de la realización de las IEC en drive con Consentimiento informado</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta cronograma mensual y se ajusta diariamente según las actividades logradas y/o cumplidas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizó diligenciamiento a diario del cronograma mes noviembre</p>
3	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentan soportes de Investigaciones Epidemiológicas de Campo acordes a la signacion realizada en las localidades correspondientes a Sub Red Integrada de servicio en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño, San Cristobal.</p>
4	<p>1. 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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recepción de fichas de notificación, seguimientos telefónicos, búsqueda y verificación de datos, seguimiento presencial, aplicación de instrumentos, activación de rutas institucionales o intersectoriales, elaboración de informes, organización de carpetas, cierre de casos, reporte de ajustes en aplicativo con técnico del subsistema y participación en las reuniones de fortalecimiento técnico.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizó informe de IEC de VESPA, SISVECOS realizadas en las localidades de San Cristobal y Rafael Uribe, Santa Fe, Martires</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se lleva a cabo la lectura y apropiación de los lineamientos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizó lectura apropiación de lineamientos</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron 31 Investigaciones Epidemiológicas de Campo acordes a la asignacion realizada en las localidades correspondientes a Sub Red Integrada de servicio en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño, San Cristobal.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): soporte de la intervenciones epidemiologicas de campo</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia a Reunión salud mental Presencial el 29 noviembre 2024; asistencia a reunion VSP.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta soporte y lista de asistencia</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión a 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 PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza base matriz de derivaciones Vespa, se realiza diligenciamiento matriz de infectivos y se actualiza base estado de casos vespa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte bases en el drive.</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo reunion de VESPA virtual</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado Asistencia</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia a reunión virtual VSP.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado Asistencia</p>
11	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte - Area de salud mental</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte - Area de salud mental</p>
12	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan entrega de obligaciones adicionales como formatos de cuentas de cobro, preauditoria e informe de actividades.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizó preauditoria, cuenta de cobro, se asiste a reuniones de inducción.</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7945978575	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/11/2024	\$ 223,800
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/11/2024	\$ 286,400
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/11/2024	\$ 43,700
OTRO	CCF COMPENSAR	15/11/2024	\$ 10,800
TOTAL PAGADO			\$ 564,700

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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 periodo correspondiente

Alba Gonzalez
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA
CC: 52.285.440
CEL 3003101355

		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: 6 FECHA: 2024-09-16		
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA			CC:	52,285,440	
CORREO ELECTRÓNICO:	albagonzalez2014@gmail.com			RUT (NIT):	52285440-1	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 B 81 F 20			TELÉFONO:	3003101355	
				CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomaré costos y deducciones				()		
SI tomaré costos y deducciones				(X)		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.						
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480341067
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5879 2023	N° CDP:	3525 - 3764 - 3954	N°. RP:	44489 42550 48464	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 5 MESES 10 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/06/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 73,338,982
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 4,663,206					
	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SEIS PESOS					
<div>Alba Gonzalez</div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA						
CC:	52,285,440					
CEL:	3003101355					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA
GESTION

CÓDIGO: AP IA FT 078
VERSIÓN: 1
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52,285,440

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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

PS 5879 2023

FECHA INICIO CONTRATO

21/06/2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 1,999,068

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$ 73,338,982

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 4,663,206

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

20 de 20

Nº CRP INICIAL:

25998

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

1495

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

1 AÑO 5 MESES 10 DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

7945978575

OPERADOR:

SOI

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - VSP

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	17	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICIÓN (16)	PRÓRROGA (15)
VALOR ADICIONADO	\$ 8,387,256	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31753	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 3 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 6,540,429	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38715	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,563,090	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41730	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,387,853	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51407	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4,727,531	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	11178	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 3,389,724	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15939	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 4,041,594	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18648	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6,311,272	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20610	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4,693,464	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27339	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 4,326,076	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31235	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4,345,900	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35310	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 5,998,204	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	39033	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4,085,052	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42349	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,345,800	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44489	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES

VALOR ADICIONADO	\$ 490,138	CDP DE LA ADICIÓN:	3764	RP DE LA ADICIÓN:	47550	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,706,532	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48464	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 1/11/2024 al 30/11/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON

CARGO:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

ANA MILENA ORREGO VEGA

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52285440
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 108 19 33 AP 408	TELÉFONO:	4602281
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:	7945978575	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1052847690

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800227940	231001	231001-COLFONDOS			1	\$ 286.900
SUBTOTAL:					1	\$ 286.900
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.			1	\$ 224.200
SUBTOTAL:					1	\$ 224.200
CAJA DE COMPENSACIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 10.900
SUBTOTAL:					1	\$ 10.900
RIESGOS PROFESIONALES						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 43.800
SUBTOTAL:					1	\$ 43.800

VALOR SIN MORA:	\$ 564.700
VALOR MORA:	\$ 1.100
TOTAL PAGADO:	\$ 565.800

 PSE Transacción Aprobada - CUS 1052847690

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: albagonzalez2014@gmail.com

15 de noviembre de 2024, 15:50



¡Hola, ALBA ALICIA GONZALEZ BOBADILLA!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

CUS: 1052847690

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor de la Transacción: **\$ 565.800**

Fecha de Transacción: **15/11/2024**

Ten en cuenta estos tips de seguridad

-  Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estás siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
-  Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
-  Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.