



### III. POLIZAS

|                                |     |                           |     |
|--------------------------------|-----|---------------------------|-----|
| ¿FACTO 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

(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades en la línea de aire, ruido y rem acordes a lo establecido por los lineamientos distritales para el proceso, así como lo demás para que este se disponga por parte de la S.D.S y la subred centro oriente.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega en físico de 54 encuestas en las temáticas aire, ruido, rem, en las localidades martires, santa fe, candelaria, rafael uribe                                         |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento en drive de cronograma correspondiente al mes por correo electrónico<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma drive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de encuestas en la temática aire, ruido y rem, quejas,<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 54 encuestas en las temáticas aire, ruido, rem, en las localidades martires, santa fe, candelaria, rafael uribe                                                                                                                                                                                                      |
| 4 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar adecuadamente y con calidad cada una de las actividades programadas para el mes y ejecutarlas al 100%<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 54 encuestas en las temáticas aire, ruido, rem, en las localidades martires, santa fe, candelaria, rafael uribe                                                                                                                                                          |
| 5 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Fortalecimiento técnico en el espacio mensual de reunión de la línea<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención a quejas que ingresan a la línea de aire, ruido y radiación electromagnética<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega en físico de quejas atendidas durante el mes |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De acuerdo a lo programado por el líder de la línea<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos por el líder de la línea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De acuerdo a lo programado por el líder de la línea<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |            |               |                  |
|--------------------|------------|---------------|------------------|
| Nº. DE PLANILLA:   | 9477370623 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD    | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:             | COMPENSAR  |               | \$ 162,500       |
| PENSIÓN:           | COLFONDOS  |               | \$ 208,000       |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR    |               | \$ 31,700        |
| OTRO               |            |               | \$ -             |
| TOTAL PAGADO       |            |               | \$ 402,200       |

### VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

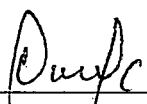
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OMAIRA LUCIA CASTELLANOS ARIAS**  
**CC: 52.111.525**  
**CEL 3132456837**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                           |                                       | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b><br><b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                   | <b>CÓDIGO:</b> AP-IA-FT-014<br><b>VERSIÓN:</b> 6<br><b>FECHA:</b> 2024-09-16 |                                                                |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:</b> 31/12/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | OMAIRA LUCIA CASTELLANOS ARIAS                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>CC:</b>        |                                                                              | 52,111,525                                                     |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | omajmha@gmail.com                                         |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>RUT (NIT):</b> |                                                                              | 52111525 - 5                                                   |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CL 68 F SUR 49 G 98                                       |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>TELÉFONO:</b>  |                                                                              | 3132456837                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>CIUDAD:</b>    |                                                                              | BOGOTÁ                                                         |
| <b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>NO tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>( X )</b>      |                                                                              |                                                                |
| <b>SI tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>( )</b>        |                                                                              |                                                                |
| 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. |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>Régimen Simple De Tributación :</b> 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                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      | <b>SI ( )</b>     |                                                                              | <b>NO ( X )</b>                                                |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | BANCO BBVA                                                |                                       | <b>TIPO DE CUENTA:</b>                                                                                                                                                                                               |                   | AHORROS                                                                      | <b>Nº CUENTA:</b>                                              |
| <b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              | 0079000200006257                                               |
| <b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>Nº DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | PS 4558 2024                                              | <b>Nº CDP:</b>                        | 4011                                                                                                                                                                                                                 | <b>Nº RP:</b>     | 40756                                                                        | <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> 4 MESES 14 DIAS |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 17/08/2024                                                | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b> |                                                                                                                                                                                                                      | 31/12/2024        |                                                                              | <b>TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b><br>\$ 11,850,532 |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024                               |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$ 2,614,088                                              |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</b> OMAIRA LUCIA CASTELLANOS ARIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>CC:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 52,111,525                                                |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |
| <b>CEL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 3132456837                                                |                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |                                                                |

52.111.525

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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

[illegible]

|                  |  |                    |  |                   |  |                    |  |
|------------------|--|--------------------|--|-------------------|--|--------------------|--|
| 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: |  |
| 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)

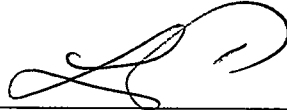
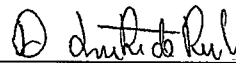
|                     |     |                                    |     |
|---------------------|-----|------------------------------------|-----|
| Nº DE PÓLIZA:       | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:          | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA: | N/A | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | N/A |

### 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 cláusula "Forma de Pago, **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 3/12/2024 al 31/12/2024

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>CARGO:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
|                                                                                                | <br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION     |

## 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 52111525                       |         | CASTELLANOS ARIAS OMAIRA LUCIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 24D 49-90 INT 5 PAT 413 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7146088              | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                |                 |                    |                            |                     |                      |                       |
| Periodo                           | Clave   | Tipo                           | Fecha           | Pago               |                            |                     |                      |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                           | Planilla        | Planilla           | Limite                     | Pago                | Banco                | Dias Mora             |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1113971841                     | 9477370623      |                    | 2024/12/06                 | 2024/12/10          | SCOTIABANK COLPATRIA | 4                     |
|                                   |         |                                |                 |                    |                            |                     |                      | \$403,400             |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |                    |        |         |             |           |        |        |      |             |           |        |      |     |        |
|-------------------------------------------------|----------------|--------------------|--------|---------|-------------|-----------|--------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|
| EMPLEADO                                        |                |                    |        | PENSION |             |           |        | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        |
| No.                                             | Identificación | Nombres            | Codigo | Dias    | IBC         | Aporte    |        | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |                    |        |         | \$1,300,000 | \$208,000 |        |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |                    |        |         | \$1,300,000 | \$208,000 |        |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |                    |        |         | \$1,300,000 | \$208,000 |        |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |
| 1                                               | CC 52111525    | CASTELLANOS OMAIRA | 231001 | 30      | \$1,300,000 | \$208,000 | EPS008 | 30     |      | \$1,300,000 | \$162,500 | 0      | 14-7 | \$0 | \$0    |
| <b>Total Afiliados (1)</b>                      |                |                    |        |         | \$1,300,000 | \$208,000 |        |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |                            |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52111525                   |    | CASTELLANOS ARIAS OMAIRA LUCIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 24D 49-90 INT 5 PAT 413 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7146088  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                      |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|----------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco                | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1113971841 | 9477370623 |          | 2024/12/06 | 2024/12/10 | SCOTTIBANK COLPATRIA | \$403,400 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |     |           |                  |                |                        |                  |
|--------------------------|--------|-------------|-----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV. | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |     | 1         | \$208,000        | \$600          | \$0                    | \$208,600        |
| COLFONDOS                | 231001 | 800,227,940 | 6   | 1         | \$208,000        | \$600          | \$0                    | \$208,600        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |     | 1         | \$31,700         | \$100          | \$0                    | \$31,800         |
| SEGUROS BOLIVAR          | 14-7   | 860,002,503 | 2   | 1         | \$31,700         | \$100          | \$0                    | \$31,800         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |     | 1         | \$162,500        | \$500          | \$0                    | \$163,000        |
| COMPENSAR                | EP5008 | 860,066,942 | 7   | 1         | \$162,500        | \$500          | \$0                    | \$163,000        |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |     | <b>1</b>  | <b>\$402,200</b> | <b>\$1,200</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$403,400</b> |

6:39

94



## PSE Transacción Aprobada - CUS

1113971841



Recibidos



**serviciopse** 9 de dic.

para mí ✓



¡Hola, Ricardo Valderrama!

Gracias por utilizar los servicios de SCOTIABANK COLPATRIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada 

CUS: 1113971841

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: **94773706231**

Valor de la Transacción: \$ 403.400

Fecha de Transacción: 09/12/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas 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.



in

ACH Colombia Oficial

X

@ACHColombia



ACH Colombia Oficial



ACH Colombia Oficial