



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE**  
**PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION**

CÓDIGO: AP-1A-FT-077  
 VERSIÓN: 2  
 FECHA: 2024-09-16

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

**SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA**

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.371.776

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5208 2024 FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 8.611.056 PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 23.465.128 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.937.487

Nº DE INFORME: 6 Nº CRP: 44733 Nº CDP: 3662

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PROROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 1.937.488	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49702	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50819	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7782	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

**III. POLIZAS**

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

Nº DE PÓLIZA: NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA: FECHA DE APROBACIÓN:

**IV. 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)*

ITEM	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	SE REALIZA LA PRESTACION DE SERVICIOS CON EL DILIGENCIAMIENTO DE SOPORTES CON CALIDAD Y ENVIO OPORTUNO DE REQUERIMIENTOS, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. PARTICIPACION EN REUNIONES CONVOCADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y CONVOCADAS POR DIRECCION DE GESTION DE RIESGO, COORDINACION DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES, ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR Y SEGUIMIENTO A PRODUCTIVIDAD, DIRECCIONAMIENTO TECNICO A LOS APOYOS PROFESIONALES, DINAMIZACION DE LA OPERACION , VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA OPERACION , REALIZAR ENLACES PARA ARTICULACION DE PROCESOS TRANSVERSALES, ELABORACION DE INFORMES Y REQUERIMIENTOS.
2	SE REALIZA PRESENTACION MENSUAL DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, Y ENTREGA DE INFORMES MENSUALES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES SOPORTADOS EN DRIVE CRONOGRAMAS.
3	SE REALIZA APOYO EN LA CONSOLIDACION, REVISION Y PRESENTACION DE LA INFORMACION ACORDE A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE PARA LA RADICACION DE DESEMBOLOS EN SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
4	SE REALIZA PARTICIPACION ACTIVA EN EL SEGUIMIENTO A INDICADORES TRAZADORES Y EL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A PARTIR DE ESPACIOS CONJUNTOS CON LOS APOYOS OPERATIVOS.
5	SE REALIZA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
6	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y LIDERAZGO EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES (HOGAR) DE ACUERDO A PROGRAMACION , EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ
7	SE REALIZA LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS, SOPORTES E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS
8	SE PARTICIPA Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS INSTITUCIONALES COMO EJERCICIO DINAMIZADOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO, INDUCCIONES A EQUIPOS PROFESIONALES
9	SE REALIZA PARTICIPACION 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 MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
10	SE REALIZA PARTICIPACION 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 MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	84133737	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/02/2025	\$ 323.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/02/2025	\$ 413.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	12/02/2025	\$ 63.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 799.400</b>

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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

*Sandra Contreras*


**SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA**  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
 CC: 52.371.776  
 CEL: 3132541208

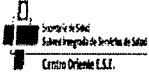


Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

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: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA			CC:	52.371.776		
CORREO ELECTRÓNICO:	seguimiento185@gmail.com			RUT (NIT):			
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31B 23F 27 SUR			TELÉFONO:	3132541208		
				CIUDAD:	BOGOTÁ		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
NO tomaré costos y deducciones				( X )			
SI tomaré costos y deducciones				( )			
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 parágrafo 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.							
Regimen 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 DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	205290927
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 5208 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44733	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 23.465.128		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.937.487 UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
							
NOMBRE:	SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA						
CC	52.371.776						
CEL	3132541208						



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

**CÓDIGO:** AP-IA-FT-078  
**VERSIÓN:** 2  
**FECHA:** 2024-09-16

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

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	52.371.776

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5208 2024	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024
--	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 8.611.056
-----------------------------------	--------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 23.465.128	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.937.487
---	---------------	--	--------------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	6	<b>Nº CRP INICIAL:</b>		<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	3662
---------------------------------	---	------------------------	--	------------------------------------	------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PROROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
---	---------------------------------------

<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	84133737	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
--	----------	------------------	-------------

<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
--	--

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	---

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
-------------------------------	--

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.937.488	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49702	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50819	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA	46	RP DE LA	7782	TIEMPO	UN (1) MES

**III. POLIZAS (SI APLICA)**


<b>¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>	

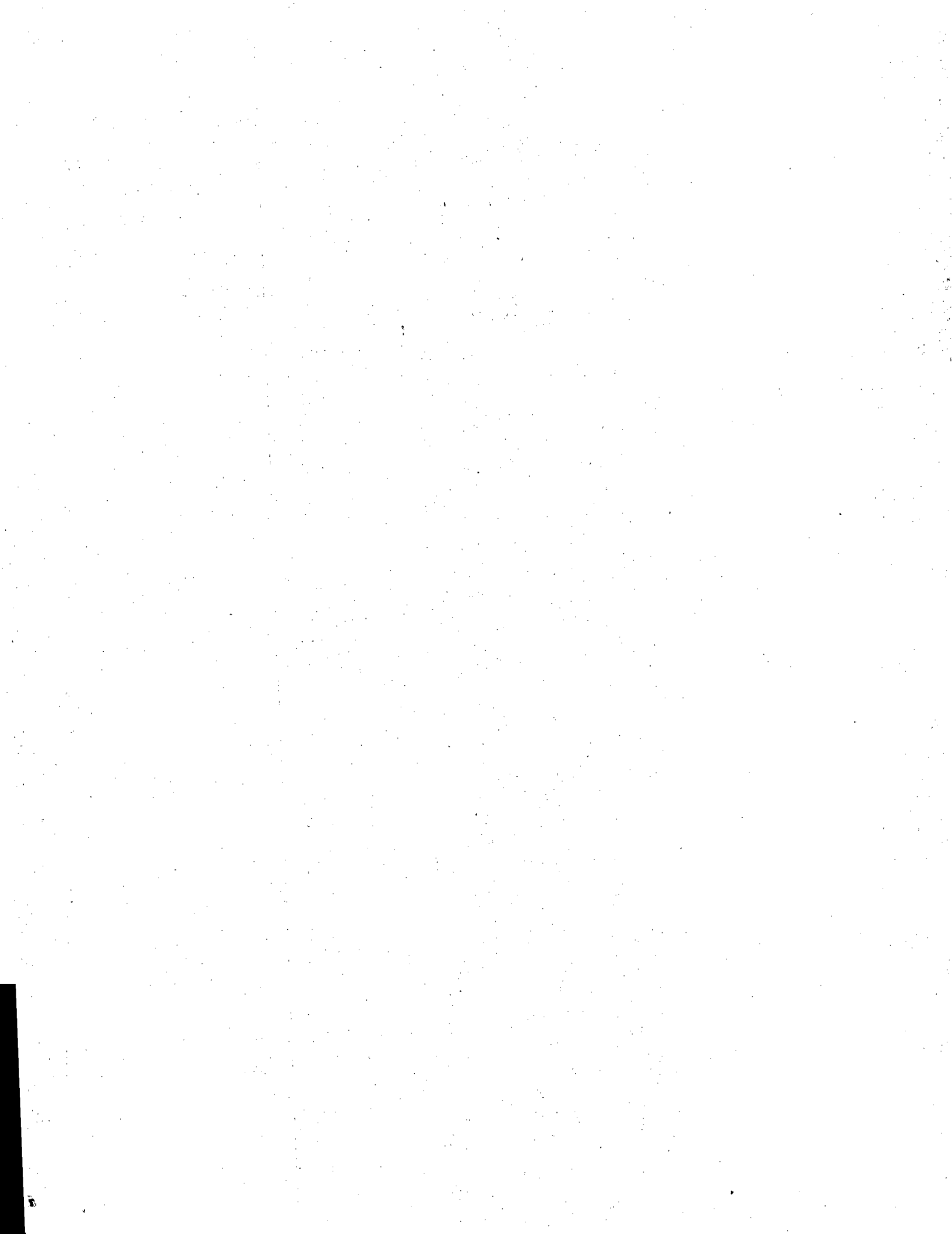
**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**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 cláusula "Forma de Pago, **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b> LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	L.T.V <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b> LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52371776	SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA		cl 31 b No.23 f 27 sur	6014834501	sandyodontologa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84133737	\$799.400	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	323.000	0	0	0	0	0	0	0	0	323.000	1

TOTALES PENSIÓN												
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
25-14	Colpensiones	900336004-7	413.400	0	0	0	0	0	0	0	413.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	63.000				63.000	0	0	63.000			630	63.000	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	323.000	323.000
Pensión	1	413.400	413.400
Riesgos Laborales	1	63.000	63.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>799.400</b>	<b>799.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52371776	SANDRA YANNETH CONTRERAS PENALOSA	cll 31 b No.23 f 27 sur	6014834501	sandyodontologa@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84133737	\$799.400	

VALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Contiene	Subgrupo	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
52371776	CONTRERAS PENALOSA SANDRA YANNETH	59	0																		25-14	2.583.287	413.400	0	0	0	0	EPS008	2.583.287	323.000	14-7	2.583.287	3	63.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

 **PSE Transacción Aprobada - CUS 1260498395** 

1 mensaje


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

11 de febrero de 2025, 8:17 p.m.



**¡Hola, sandra yanneth contreras peñalosa!**

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**   
CUS: 1260498395  
Empresa: COMPENSAR-OI  
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social  
Valor de la Transacción: \$ 799.400  
Fecha de Transacción: 11/02/2025

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.

