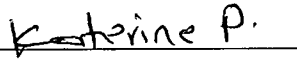
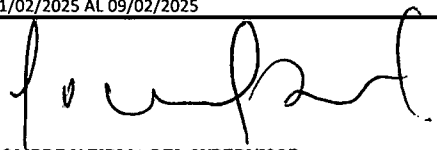
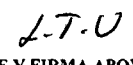
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.076.329.972
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ETNICO 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 5265 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.199.421
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP: 44785 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	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 PRORROGAS 3
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49640 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50779 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7743 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:	
ITEM	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)	
1	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE	
2	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ETNICOS DIFERENCIALES.	
3	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 2024	
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI	
5	SUBIR INFORMACIÓN DE LAS IMPORTACIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO, OPORTUNAMENTE.	
6	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DENLOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.	
7	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.	
8	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)	
9	APOYAR A LOS PERFILES ANCESTRALES EN EL PROCESO DE COMPRA DE LOS PRODUCTOS ANCESTRALES.	
10	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS PERTINENTEMENTE EN LAS FAMILIAS QUE LO REQUIERAN, DURANTE ESTE PERIODO.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.		
No. DE PLANILLA:	7955072493	OPERADOR: SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/02/2025 \$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/02/2025 \$ 255.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/02/2025 \$ 39.000
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 494.900
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 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 SMMVL (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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		
 KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.076.329.972 CEL: 3225282204		

 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:	KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ		CC:	1.076.329.972	
CORREO ELECTRÓNICO:	rodriguezkate1724@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 74 A SUR 92 71		TELÉFONO:	3225282204	
			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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
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)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5265 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44785
				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 :
				\$ 14.526.321	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.199.421				
UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
 NOMBRE: KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ CC 1.076.329.972 CEL 3225282204					

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN 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				
NOMBRE DEL CONTRATISTA		KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.076.329.972		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ETNICO 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 5265 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.199.421	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	Nº CDP INICIAL	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7955072493	OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE 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 MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49640
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50779
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA 7743
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
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 scop 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				
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
				
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR		



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076329972	NÚMERO PLANILLA:	7955072493	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	enero AÑO	2025	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2025	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948
DIRECCIÓN:	CLL 74 A SUR # 92-71	TELEFONO:	8705000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	UNICO	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1256261948

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA
230301	230301-PORVENIR		1	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA
230301	230301-PORVENIR		1	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA
14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	ADMINISTRADORA
14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS005
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

										TOTAL									
										\$ 494.900									

Planilla Pagada



serviciopse 10 de feb.
para mí ▾



¡Hola, Katerine palacios Rodriguez !

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** 🔒

CUS: 1256261948

Empresa: SOI ACH

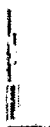
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Valor de la Transacción: \$ 494.900

Fecha de Transacción: 10/02/2025

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.



in

ACH Colombia Oficial

X

ACH Colombia

f

ACH Colombia Oficial

yt

ACH Colombia Oficial



Responder



Reenviar



