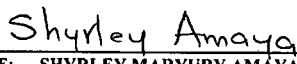
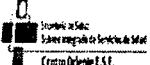
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y		
SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.024.501.818
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5298 2024
FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024
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: 44617 N° 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
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	ADICIONES
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 PERÍODO, 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		
1	SE ELABORA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DISCRIMINANDO POR FECHAS LAS VISITAS A REALIZAR DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL ASI COMO ASISTENCIA A FORTALECIMIENTOS O CAPACITACIONES CONVOCADAS EN PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR (EBEH), SIGUIENDO LAS PAUTAS Y CONOCIMIENTOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES.	
2	SE REALIZAN VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, SAN CRISTOBAL, LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO Y SANTA FE CON PRESTACION DE SERVICIOS DESDE LA PROFESION DE PSICOLOGIA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED	
3	SE REALIZAN VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, SAN CRISTOBAL, LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO Y SANTA FE ORIENTADO A LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL EN FORTALECIMIENTO DE LAS PAUTAS DE 6 SE REALIZAN OCIENTA Y DOS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, SAN CRISTOBAL, LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO Y SANTA FE CON PROCESO DE CONTACTO INICIAL CON LA FAMILIA, CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL CON APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN EL EVENTO ABORDADO Y ESTRATEGIA IMPLEMENTADA, CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION Y CIERRE CON NUEVA APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN CORRESPONDA, CRIANZA, CONFRONTANTE 7, FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL, Y APOYO PSICOLOGICO EN DUELO.	
4	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, SAN CRISTOBAL, LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO Y SANTA FE CON PROCESO DE CONTACTO INICIAL CON LA FAMILIA, CON APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN EL EVENTO ABORDADO Y ESTRATEGIA IMPLEMENTADA, CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION Y CIERRE CON NUEVA APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN CORRESPONDA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y	
5	SE REALIZA EL AJUSTAMIENTO, PRESENTACION Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, ACTAS, DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO, BASE VSP Y REGISTROS DE FORMATOS DRIVE GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED	
6	SE ASISTE A PREAUDITORIA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES	
7	SE REALIZA PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE FORMATO DE CANALIZACION SIRC EL CUAL ES REALIZADO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION SEGUN RIESGO IDENTIFICADO	
8	SE REALIZA AGENDAMIENTO DE CONSULTAS EN TIEMPO REAL DEACUERDO A FACTORES DE RIESGO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS EN INTERVENCION	
9	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO DEL MES DE DIEL 2024, SEGÚN CRONOGRAMA DISPUESTO POR TECNICOS ADMINISTRATIVOS ADJUNTANDO SOPORTES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	83582359	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/02/2025
PENSIÓN:	PORVENIR	11/02/2025
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2025
OTRO	MORA	11/02/2025
TOTAL PAGADO		\$ 496.700
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 Ibe 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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		
Shyrley Amaya		
SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.024.501.818 CEL: 3015653271		

 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 – GESTIÓN 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:	SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ			CC:	1.024.501.818	
CORREO ELECTRÓNICO:	shyrleyamaya22@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38 A SUR 72 I 60			TELÉFONO:	3015653271	
				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:	DAVIVIENDA					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550488404484799	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5298 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44617	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	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 MILLÓN CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
 NOMBRE: SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ CC 1.024.501.818 CEL 3015653271						

	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-1A-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		SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.024.501.818		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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 5298 2024	FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024	
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 DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83582359	OPERADOR:	MI PLANILLA	
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 49570
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50684
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA 7652
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTO 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		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024501818	SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ		CALLE 38A SUR # 721-60	6207083	shyreyamaya22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	83582359	\$496.700

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	5	700	0	200.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	255.900	0	0	0	0	5	900	0	256.800	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										
14-11	ARL SURA	890903780-5	39.000				39.000	5	200	39.200			390	39.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.700
Pensión	1	255.900	256.800
Riesgos Laborales	1	39.000	39.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	496.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024501818	SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ		CALLE 38A SUR # 721-60	6207083	shyrleyamaya22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

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	11/02/2025	83582359	\$496.700

ETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES						
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suministro	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	Exento de	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
CC	1024501818	AMAYA DIAZ SHYRLEY MARYURY	57	0		N										230301	1.599.300	255.900	0	0	0	0	EPS002	1.599.300	200.000	14-11	1.599.300	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

10:08

5G 50

 PSE Transacción Aprobada -CUS 1259121949  Recibidosserviciopse 11 de feb.
para mí ▾**¡Hola, SHYRLEY MARYURY AMAYA DIAZ!**

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

Estado de la Transacción: Aprobada 

CUS: 1259121949

Empresa: COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Valor de la Transacción: \$ 496.700

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.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

