

3	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades asignadas y de la línea respectiva.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.</p>
4	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega con la calidad esperada de visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades asignadas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental/VSA del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación conceptual de los lineamientos técnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinclusiones direccionadas desde la línea de intervención.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder de la líder de la línea de alimentos sanos y seguros de las localidades</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental/VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó acciones de Inspección, Vigilancia y Control como lo dispone la normatividad sanitaria vigente desde lo extramural.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/o procesos transversales</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No hubo para el periodo</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hubo para el anterior</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo a las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizó alguna de estas diligenciar lo que HIZO.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizó alguna de estas diligenciar lo que HIZO.</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.</p>
11	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

NO. DE PLANILLA:	7960481415	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/03/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/03/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,500

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: EDNA LORENA QUIROGA CORTES
 CC: 1.023.974.218
 CEL 3138854156

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: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	EDNA LORENA QUIROGA CORTES	CC:	1,023,974,218
CORREO ELECTRÓNICO:	cortessubredco01@gmail.com	RUT (NIT):	1023974218-2
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27C SUR 10H 51 ESTE	TELÉFONO:	3138854156
		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.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4672021570
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 3970 2025	Nº CDP:	5	Nº RP:	5675	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 15,684,528

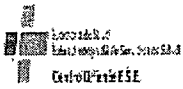
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2,614,088
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS

Lorena Quiroga C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDNA LORENA QUIROGA CORTES

CC: 1,023,974,218
CEL: 3138854156

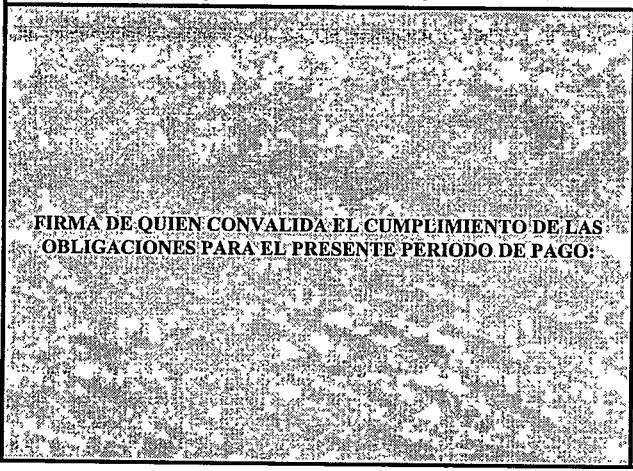
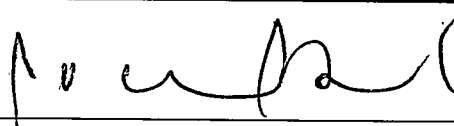
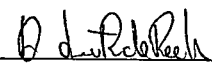
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		FECHA: 2024 09 16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			EDNA LORENA QUIROGA CORTES		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,023,974,218		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3970 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 15,684,528			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 15,684,528		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2,614,088	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3 de 3		Nº CRP INICIAL: 5675 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 5	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7960481415		OPERADOR: SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - VSA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA)	
				ADICIÓN (0) PRÓRROGA (0)	
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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA:		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: N/A	

IV: VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **01/03/2025** al **31/03/2025**

 <p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	 <p>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO PERFIL: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05</p>
	 <p>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION</p>



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CEDULA DE CIUDADANÍA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DL 27C SUR 10H-51 ESTE 02-INDEPENDIENTE PROVADA UNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL 206528 INDEPENDIENTE Actividades de saneamiento ambiental y otros serv	1023974218	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	7960481415 2025 5 2025/03/11	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MORA	INDEPENDIENTES 2025 1328435352

TOTAL APORTES A PENSIONES											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD	PSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLADOR	COTIZANTE						
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 0	\$ 228.600
SUBTOTALES: \$ 227.800											

TOTAL APORTES A SALUD											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 600	\$ 178.600
SUBTOTALES: \$ 178.600											

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP		PAGA OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 0	\$ 200	\$ 34.900
SUBTOTALES: \$ 34.900											

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES											
DATOS DEL COTIZANTE				PENSIONES				SEGURIDAD SOCIAL			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC
1	1023974218	LORENA QUIROGA CORTES	INDEPENDIENTE	\$ 1.423.500		230301-PORVENIR	1.423.500	EPS017-FAMISANAR	1.423.500	14-11 - ARL SURA	1.423.500

TOTAL PAGADO: \$ 442.100

Planilla Pagada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023974218
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	EDNA LORENA QUIROGA CORTES		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 27C #SUR 10H -51	TELÉFONO:	2065238
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de saneamiento
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7960481415	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	PERIODO COTIZACIÓN	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1328435352

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 228.600
SUBTOTAL:			1	\$ 228.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 178.600
SUBTOTAL:			1	\$ 178.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 34.900
SUBTOTAL:			1	\$ 34.900

VALOR SIN MORA:	\$440.500
VALOR MORA:	\$ 1.600
TOTAL PAGADO:	\$ 442.100

11/3/25, 11:02

Gmail - PSE Transacción Aprobada - CUS 1328435352



Lorena Cortes <cortessubredco01@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1328435352

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: cortessubredco01@gmail.com

11 de marzo de 2025, 10:24 a.m.



¡Hola, LORENA QUIROGA!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓
CUS: 1328435352
Empresa: SÓI ACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Valor de la Transacción: \$ 442.100
Fecha de Transacción: 11/03/2025

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.