

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

DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

36 300 418

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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 4325 2025

FECHA INICIO CONTRATO

24/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 27 883 605

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 28,784,245

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 5,396,904

Nº DE INFORME:

6

Nº CRF

10035

N° CDE

216

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

CINCO MESES Y DIEZ DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

III. POLIZAS

¿PACTO 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	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Aportes Informe Ejecutivo</p> <p>* Seguimiento a indicadores Mensual_Corte Febrero y Marzo 2021 a 2025</p> <p>* Tablero indicadores Mensual_Corte Febrero y Marzo 2021 a 2025</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Informe Ejecutivo para las 6 localidades de cobertura de la Subred</p> <p>*Informe seguimiento de indicadores Subred</p> <p>*Tablero de indicadores para las 6 localidades de cobertura</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento diario de actividades desarrolladas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma del mes de mayo</p>
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: *Informe Subred de seguimiento a indicadores</p> <p>*Socialización de Indicadores_COLIA Localidad Santa Fe, 15 de mayo de 2025</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Informe Subred de seguimiento a indicadores mensual corte febrero y marzo 2021 a 2025</p> <p>*Acta y listado de asistencia</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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Asistencia y participación del proceso de preauditoria y revisión de soportes correspondientes al mes de mayo 2025 - 26 de mayo de 2025</p> <p>*Revisión de los soportes de Gestión documental del mes el 30 de mayo.</p> <p>* Participar en las mesas del cuidado local del mes de mayo</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de productos acordes al perfil de acuerdo a los tiempos de oportunidad definidos en Equipo de Trabajo y en concordancia a las fechas de entrega tanto para el desarrollo de espacios como a la SDS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia</p>
6	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Integración de procesos de apropiación conceptual de lineamientos distritales para la construcción de productos correspondientes al Proceso ASIS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos ASIS para las 6 localidades de cobertura de la Subred</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de productos acordes al perfil de acuerdo a los tiempos de oportunidad definidos en Equipo de Trabajo y en concordancia a las fechas de entrega tanto para el desarrollo de espacios como a la SDS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia</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: Entrega de productos para radicación y procesos de auditoría, organizados acorde a las directrices institucionales y normativas vigentes.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas de radicación</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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Mesa de Análisis Indicadores en Salud - 22 de mayo</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia</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: Entrega de productos solicitados en el documento operativo del ASIS de acuerdo a los tiempos de oportunidad definidos por la SDS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de documentos a radicar para cargue en link de radicación y envío de correo con soporte del cargue dispuesto por la SDS</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: * Reunión Equipo: - Preparación de Productos a entregables a SDS de acuerdo a lineamientos operativos y Plan de Trabajo 05 de mayo de 2025 - Realimentación observaciones productos a radicar 09 de mayo de 2025 - Seguimiento Productos 13 de mayo de 2025 - Revisión de los soportes de Gestión documental del mes de mayo, 30 de mayo</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86511338 - 86570012 ✓	OPERADOR:	MI PLANILLA ✓
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS ✓	12/05/2025 - 13/05/2025 ✓	\$ 287.900 ✓
PENSIÓN:	PROTECCION ✓	12/05/2025 - 13/05/2025 ✓	\$ 368.500 ✓
RIESGOS LABORALES:	SURA ✓	12/05/2025 - 13/05/2025 ✓	\$ 56.200 ✓
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 712.600 ✓

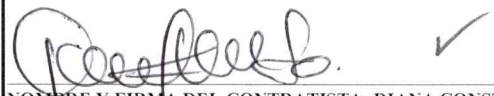
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 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)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP 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

 ✓

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ

CC: 36.300.418

CEL: 3125848027

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ	CC:	36.300.418
CORREO ELECTRÓNICO:	descorcia.acolectiva.hco@gmail.com	RUT (NIT):	36300418-3
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 147 12 91 AP 506	TELÉFONO:	3125848027
		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

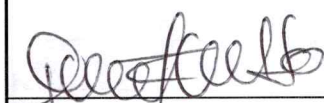
SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	693537169
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)

N° DEL CONTRATO:	PS 4325 2025	N° CDP:	216 1147	N°. RP:	10035 - 14623	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO MESES Y DIEZ DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 28.784.245
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.396.904					
	CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS					



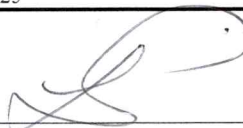
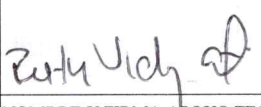
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ

CC: 36.300.418
CEL: 3125848027

		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			DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ ✓			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			36.300.418 ✓			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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 4325 2025		FECHA INICIO CONTRATO		24/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.883.605				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.784.245		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 5.396.904	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6 de 6	Nº CRP INICIAL:	10035 ✓	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	216 ✓	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO MESES Y DIEZ DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86511338 - 86570012 ✓		OPERADOR:		MI PLANILLA ✓	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO ✓					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO ✓					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 ✓					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$ 900.640 ✓	CDP DE LA ADICIÓN:	1147 ✓	RP DE LA ADICIÓN:	14623 ✓	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:
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						
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>						
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 01/05/2025 al 31/05/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: RUTH VICKY QUINTANA FORERO PERFIL: LIDER ASIS

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	36300418	DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ	CL 147 12 91 AP 506	5267904	dianaescorcia_80@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA		EMPLEADOS	UPC
						1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86511338		\$714.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	287.500	0		0		0	5	1.000	0	288.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	368.000	0	0	0	0	5	1.300	0	369.300	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	890903790-5	56.100				56.100	5	200	56.300			561	56.300	1

TOTALES CAJAS									Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte									

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
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	287.500	288.500
Pensión	1	368.000	369.300
Riesgos Laborales	1	56.100	56.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	711.600	714.100

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	36300418	DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ		CL 147 12 91 AP 506	5267904	dianaescorcia_80@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		
							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	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86511338	\$714.100	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

PAGADA



Diana Escorcía <descorcía.acolectiva.hco@gmail.com>

FW: PSE - Transacción Aprobada ■ CUS 1471469161

1 mensaje

dianaescorcía_80 <dianaescorcía_80@yahoo.es>
Para: descorcía.acolectiva.hco@gmail.com

12 de mayo de 2025, 22:50

Enviado desde mi Galaxy

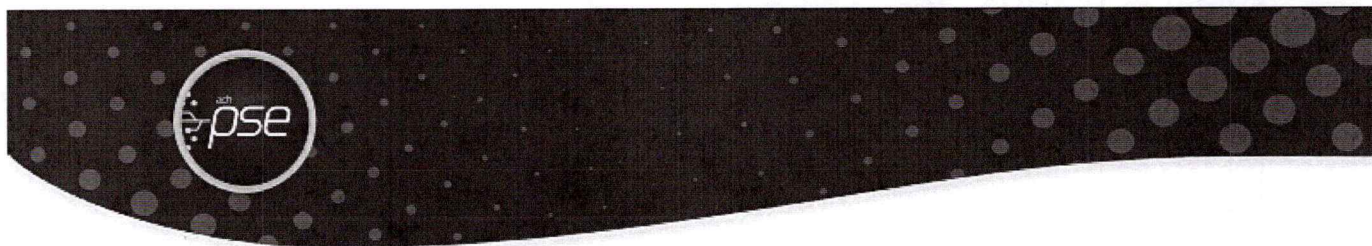
----- Mensaje original -----

De: serviciopse@achcolombia.com.co

Fecha: 9/5/2025 10:41 p. m. (GMT-05:00)

A: dianaescorcía_80@yahoo.es

Asunto: PSE - Transacción Aprobada ■ CUS 1471469161

**¡Hola, Diana Escorcía Sánchez!****Estado de la Transacción:** Aprobada ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 714.100**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Protección Social**Fecha de la transacción:** 09/05/2025**CUS:** 1471469161

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	36300418	DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ	CL 147 12 91 AP 506	5267904	dianaescorcia_80@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
86511338	12/05/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	N	13/05/2025	86570012	\$1.300	

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. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400	0		0		0	6	100	0	500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	500	0	0	0	0	6	100	0	600	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	890903790-5	100				100	6	100	200			1	200	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	400	500
Pensión	1	500	600
Riesgos Laborales	1	100	200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.000	1.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	36300418	DIANA CONSTANZA ESCORCIA SANCHEZ	CL 147 12 91 AP 506	5267904	dianaescorcia_80@yahoo.es	
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
86511338	12/05/2025				EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	N	13/05/2025	86570012	\$1.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exemptado	Exemptado	RET	TDC	PAE	TAP	VGP	VST	BLA	DE	LMA	WAC	AVP	ACT	RL	CORRECCIÓN	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
1	CC	36300418	ESCORCIA SANCHEZ DIANA CONSTANZA	59	0		N															230201	2.303.035	368.500	0	0	0	0	EPS005	2.303.035	287.900	14-11	2.303.035	3	56.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FW: PSE - Transacción Aprobada ■ CUS 1478094549

Desde dianaescorcía_80 <dianaescorcía_80@yahoo.es>

Fecha Mié 14/05/2025 2:46

Para dianaescorcía_80@outlook.com <dianaescorcía_80@outlook.com>

Enviado desde mi Galaxy

----- Mensaje original -----

De: serviciopse@achcolombia.com.co

Fecha: 13/5/2025 12:53 p. m. (GMT-05:00)

A: dianaescorcía_80@yahoo.es

Asunto: PSE - Transacción Aprobada ■ CUS 1478094549



¡Hola, Diana Escorcía Sánchez!

Estado de la Transacción:

Aprobada ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 1.300

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Fecha de la transacción: 13/05/2025

CUS: 1478094549

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad: