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 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**

**GINA VALERIA ARDILA LOPEZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.026.555.720 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4253 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 17/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.331.627 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | VEINTICINCO (25) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 30.516.686 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.726.464 | |
| **N° DE INFORME:** | 6 | **N° CRP:** | 9798 | **N° CDP:** | 55 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 2 | **PRORROGAS** | 2 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.560.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 358 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 9798 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES Y VENTIOCHO (28) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 17.624.739 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 9798 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **N° 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 actividades específicas realizadas durante el mes)**

| ÍTEM | |
|---|---|
| 1 | SE REALIZAN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PLANEACION, DISTRIBUCION, ASIGNACION, GESTION Y SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA DE LOS CASOS ASIGNADOS MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE RUTEO. |
| 2 | SE REALIZA ENLACE Y SE GENERA ARTICULACION CON REFERENTES DE AGENDAMIENTO DE LAS EPS. |
| 3 | SE REALIZA IMPLEMENTACION DEL PROCESO QUE PERMITA LA GESTION DE LAS SOLICITUDES DE CONSULTA, PARA LA VALIDACION DE FRECUENCIAS DE USO EN LOS USUARIOS DE GRUPO DE RIESGO 4 |
| 4 | SE REALIZA ARTICULACION CON EL EQUIPO DE MICROGESTION PARA EL PROCESO DE AGENDAMIENTO Y ASIGNACION DE CASOS |
| 5 | SE REALIZA GESTION PARA DAR RSPUESTA A LOS CASOS ENVIADOS POR LAS EPS, SUBSISTEMAS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA U OTRAS FUENTES DE INFORMACION |
| 6 | SE REALIZA SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL PROCESO DE RECORDACION DE CITAS AGENDADAS Y VERIFICACION DE INASISTECIA PARA REALIZAR LA GESTION RESPECTIVA |
| 7 | SE REALIZA ARTICULACION CON LAS AREAS DE LAS SISS Y ACTORES QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR LA AGENDACION DE CONSULTAS |
| 8 | ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO |
| 9 | ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS |
| 10 | DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 86527264 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | FAMISANAR | 12/05/2025 | $ 207.600 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 12/05/2025 | $ 265.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 12/05/2025 | $ 40.500 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR + MORA | 12/05/2025 | $ 11.900 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 525.800** |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun 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 período correspondiente

Valeria Ardila

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINA VALERIA ARDILA LOPEZ**
**CC: 1.026.555.720**
**CEL 3043282119**

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: 31/05/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ | **CC:** | 1.026.555.720 |
| | | **RUT (NIT):** | 1.026.555.720 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | gardilasubredco@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3043282119 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 26 SUR 78H 30 | **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 | **N° CUENTA:** | 001300370200157484 |
| **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 4253 2025 | **N° CDP:** | 1185 | **N°. CRP:** | 9798 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 17/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/07/2025 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 30.516.686 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 4.726.464 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTISÉIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS | | | | | |

Valeria Ardila

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINA VALERIA ARDILA LOPEZ**

CC: **1.026.555.720**
CEL: **3043282119**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.026.555.720 |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4253 2025 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 17/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.331.627 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 30.516.686 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.726.464 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 6 de 6 | **N° CRP INICIAL:** | 9798 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 55 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 86527264 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (2) | PRÓRROGA (2) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.560.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 358 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 9798 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES Y VENTIOCHO (28) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 17.624.739 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 9798 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | |

**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 01/05/2025 al 31/05/2025

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026555720 | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ | Cl 26 sur 78H 30 | 3410814 | VALERYARD@GMAIL.COM | |
| 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 | 86527264 | $525.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 207.600 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 700 | 0 | 208.300 | 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 | 265.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 900 | 0 | 266.700 | 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 | 40.500 | | | | 40.500 | 5 | 200 | 40.700 | | | 405 | 40.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 10.000 | 5 | 100 | 10.100 | 1 |

**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 | 207.600 | 208.300 |
| Pensión | 1 | 265.800 | 266.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.500 | 40.700 |
| CCF | 1 | 10.000 | 10.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 523.900 | 525.800 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026555720 | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ | | Cl 26 sur 78H 30 | 3410814 | VALERYARD@GMAIL.COM | |
| 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 | 86527264 | $525.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1026555720 | ARDILA LOPEZ GINA VALERIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 230301 | 1.660.800 | 265.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.660.800 | 207.600 | 14-7 | 1.660.800 | 3 | 40.500 | CCF24 | 1.660.800 | 10.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail **Christian López <crlsubredcentrooriente@gmail.com>**

# Fwd: Fw: BBVA Net - Pagos PSE

**valeria ardila** <gardilasubredco@gmail.com> 14 de mayo de 2025, 7:29 p.m.
Para: crlsubredcentrooriente@gmail.com

---------- Forwarded message ---------
De: **Gina Valeria Ardila Lopez** <valeryard@hotmail.com>
Date: mié, 14 may 2025, 7:28 p. m.
Subject: Fw: BBVA Net - Pagos PSE
To: gardilasubredco@gmail.com <gardilasubredco@gmail.com>

Obtener Outlook para Android

**From:** BBVA@bbvanet.com.co <BBVA@bbvanet.com.co>
**Sent:** Saturday, May 10, 2025 1:01:36 PM
**To:** VALERYARD@HOTMAIL.COM <VALERYARD@HOTMAIL.COM>
**Subject:** BBVA Net - Pagos PSE

BBVA

Ref: 08758852

**Hola**
**Estamos contigo en cada paso, por eso te informamos el resumen de tu transacción.**

| | |
|---|---|
| **Tipo de transacción:** | Pago PSE |
| **Cuenta terminada en:** | *7484 |
| **Fecha de la operación:** | 2025-05-10 |
| **Establecimiento:** | COMPENSAR-OI |

**Valor:** $525,800.00

**Hora:** 13:01

**Recuerda que:**

Nunca te contactaremos solicitando tus claves o códigos de activación.

Si necesitas ayuda extra, puedes visitar nuestra página web o contactarnos a través de nuestras líneas de atención al cliente:



**Bogotá: 601 401 0000**
**Línea nacional: 01 8000 912 227**

Por favor no respondas este correo.




Descarga
BBVA móvil

Estemos conectados:

Entra a www.bbva.com.co

BBVA
Creando Oportunidades

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA Colombia S.A., Establecimiento Bancario