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**

**MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 51.835.791 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4712 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 10/02/2025 | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.920.528 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 14.920.905 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.520.496 | | |
| **N° DE INFORME:** | 6 | **N° CRP:** | 10741 | **N° CDP:** | 504 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) 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** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 600.000 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1038 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 10741 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.400.377 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 10741 | **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 | ENTREGA DE CRONOGRAMA DE EL MES DE ,ACTUALIZADO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR. |
| 2 | SE DILIGENCIAN FORMATOS, PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE ,EN LA LOCALIDAD SANTA FE TERRITORIO 178,BARRIOS CARTAGENA Y EL TRIUNFO. |
| 3 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE EL MES DE 2024 POR PARTE DE EL LIDER DE EL EQUIPO. |
| 4 | SE INGRESAN TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA |
| 5 | REALIZAR LAS CANALIZACIONES EN FECHA OPORTUNA, TIEMPO 24 HORAS,SE DEBE CANALIZAR OBESIDAD, FINDRISH ALTO GLUCOMETRIA MAYOR A 180 ENTRE OTRAS. |
| 6 | DERIVACIONES A PCF ,PROFESIONALES CORRESPONDIENTES SEGUN CRITERIOS COMO, DISCAPACIDAD,GESTANTES,SALUD BUCAL.. ENFERMEDAD PERIODENTAL |
| 7 | ABORDAJE 100 POR CIENTO DE LOS CASOS CON ACCIONES PROMOCIONALES Y DE GESTIÓN DEL RIESGO,LOS RUTEOS,GESTANTES NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO,CON RIESGO DE DESNUTRICION. |
| 8 | SE REALIZA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS POR LA PARTE ADMINISTRATIVA, SIGUIENDO LAS INDICACIONES. |
| 9 | ENTREGA DE PRE AUDITORIA AL DIA A LA JEFE DE EQUIPO Y ENTREGA DE EQUIPOS BIO MEDICOS PARA REVISARLOS. |
| 10 | REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 86484212 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | COMPENSAR | 12/05/2025 | | $ | 178.000 |
| **PENSIÓN:** | | | | | |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 12/05/2025 | | $ | 34.700 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 12/05/2025 | | $ | 28.500 |
| | **TOTAL PAGADO** | | | **$** | **241.200** |

**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

Martha Silva

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA**
**CC: 51.835.791**
**CEL 3224413083**

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:** | MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA | **CC:** | 51.835.791 |
| | | **RUT (NIT):** | 51.835.791 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | marcesiza@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3224413083 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 68 SUR 77J 16 | **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 DAVIVIENDA | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **Nº CUENTA:** | 008970347848 |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4712 2025 | **Nº CDP:** | 1185 | **Nº. CRP:** | 10741 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 10/02/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/07/2025 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.920.905 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 2.520.496 | | | | | |
| | DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS | | | | | |

Martha Silva

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA**
CC: **51.835.791**
CEL: **3224413083**

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 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 | MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 51.835.791 |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4712 2025 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 10/02/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.920.528 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 14.920.905 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.520.496 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 6 de 6 | **N° CRP INICIAL:** | 10741 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 504 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 86484212 | **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 (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 600.000 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1038 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 10741 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.400.377 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 10741 | **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 |
| | 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 | 51835791 | MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA | | cl 65 h 78j-03 sur | 7755187 | marcesiza@hotmail.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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-04 | 2025-04 | I | 12/05/2025 | 86484212 | $241.200 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.500 | 0 | 0 | 28.500 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 241.200 | 241.200 |

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 | 51835791 | MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA | | cl 65 h 78j-03 sur | 7755187 | marcesiza@hotmail.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 | 86484212 | $241.200 | |

## 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 | 51835791 | SILVA ZAPATA MARTHA CECILIA | 59 | 4 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-7 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | CCF24 | 1.423.500 | 28.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

9:06

**Subject:** PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1471306265

**¡Hola, martha cecilia silva zapata!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**



**Valor:** $ 241.200
**Empresa:** COMPENSAR-01
**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
**Fecha de la transacción:** 09/05/2025
**CUS:** 1471306265
Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**Para mayor información comunícate con nosotros:**

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach

ACH Colombia Oficial · @ACHColombia_ · ACHColombiaOficial · ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente y a la dirección www.pse.com.co, borrar y eliminar definitivamente de forma física con archivos, y eliminar el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, no obstante es responsabilidad del destinatario confirmar esto antes de ser ejecutado en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A.S. de ninguno de sus miembros de sus cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

Responder

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**

**INFORMA:**

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, identificado(a) con Documento No. 51,835,791, por las siguientes sumas:

| Fecha | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| Nov.08/22 | DEVOLUCION_SALDOS | $30,881,343.00 |

Así las cosas el(la) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 13 días del mes de Mayo de 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes