

5	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir de manera oportuna de manera semanal de fichas que corresponden a la meta establecida de 62 sesiones por dupla las cuales se ejecutaran de acuerdo a las actividades establecidas por el documento operativo de que corresponde a la vigencia de Diciembre 2024 a Julio 2025. Las cuales corresponden a intervenciones individuales y colectivas con población escolar en prevención de evento en salud mental, sesiones colectivas con población docente (bienestar emocional y fortalecimiento de capacidades) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes del entorno cuidador educativo para salud mental fichas de gestión del riesgo, formato COPE 28, consentimientos informados, actas de concertación de sesiones colectivas y fichas de sesiones colectivas.
6	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Junio 2025 no se realizó apropiación conceptual de nuevos lineamientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencias
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Junio 2025 no se realiza asistencia técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hay evidencia
8	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Junio 2025 se diligenció la información cuantitativa en el drive estipulado por el entorno. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Tableros y matrices.
9	1. OBLIGACIÓN: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Junio 2025 no se realiza asistencia técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hay evidencia
10	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de los instrumentos de activación de rutas para SISVECOS, SIVIM según pertinencia de cada uno de los casos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ficha de sisvecos y ficha de sivism
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización de archivo físico y registro en FUID
12	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, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del instrumento de canalización para cada uno de los casos que requieran activación de las rutas, según necesidades y meta proyectada para el mes. Seguidamente a las canalizaciones para verificar la efectividad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Instrumento canalizaciones y drive de seguimiento a la efectividad.
13	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: A la fecha no se ha generado glosa para el producto 59 Salud mental es mas bienestar, se ha dado cumplimiento del 100% con todos los criterios técnicos y de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se generan glosas para este mes
14	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7973241928	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	03/06/2025	\$ 204.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	03/06/2025	\$ 262.300
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	03/06/2025	\$ 40.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 507.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

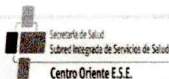
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (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: MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS
CC: 1.017.210.505
CEL. 3112428214



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: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS	CC:	1.017.210.505
		RUT (NIT):	1017210505-1
CORREO ELECTRÓNICO:	miguelyvillota93@gmail.com	TELÉFONO:	3112428214
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 95 71 11 TO 3 AP 802	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 DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488401242141

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5343 2025	Nº CDP:	964	Nº RP:	16267	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES Y VEINTICUATRO DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	08/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.714.427
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.396.904					
	CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS

CC: 1.017.210.505
CEL: 3112428214

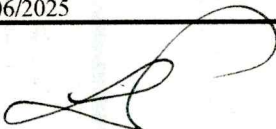
 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.017.210.505			
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 5343 2025		FECHA INICIO CONTRATO		08/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.714.427					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.714.427		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 5.396.904	
N° PAGO / N° DE INFORME:		2 de 2		N° CRP INICIAL:		16267	
				N° CDP INICIAL DEL CONTRATO		964	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN MES Y VEINTICUATRO DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7973241928		OPERADOR:		SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - EDUCATIVO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				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:	
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)							
N° 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

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 01/06/2025 al 30/06/2025

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:
 YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RUCÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESARIAL: APORTANTE EXONERADO:	CEDELA DE CIUDADANIA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL CL 95/71-11 CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDICADOR TRIBUTARIO:	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: DAS DE MORA: FECHA PAGO (año/mes/día):	TIPO DE PLANILLA: 7973241928 PERÍODO COTIZACIÓN SALID: 2025/0003 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2025/0003
MIGUEL ANGEL VILLALBA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL INDEPENDIENTE Actividades de apoyo logístico.		MES MAYO AÑO 2025	MES MAYO AÑO 2025
NO			

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		FSP		MORA		TOTALES	
CODIGO	NOMBRE	EXEQUENTE	COTIZANTE	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN
21.001	COLEFONDOS	1		\$ 262.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 262.300	\$ 0
SUBTOTALES:								\$ 262.300	\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD									
LICENCIA MATERIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
CODIGO	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	DESIENTO	VALOR PAGADO
21.001	COLEFONDOS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:								\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS		PLANILLA		LIQUIDACIÓN		TOTALES	
CODIGO	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	DESIENTO	VALOR PAGADO
14.7	SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:								\$ 0	\$ 0

LOGRACION DETALLADA APORTES									
PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL				
FSP		APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		SALUD		PARAFISCALES	
CODIGO	NOMBRE	TIPO	VALOR	PLANILLA	VALOR	IBIC	ADMIN	IBIC	ADMIN
21.001	COLEFONDOS	1	\$ 262.300	\$ 0	\$ 0	\$ 262.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:									

TOTAL PAGADO: \$ 507.200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1017210505
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 95 71-11	TELÉFONO:	31 12428
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7973241928		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1518538220	

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				
8002279406	231001	231001-COLFONDOS		1	\$ 262.300	
SUBTOTAL:				1	\$ 262.300	
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1	\$ 204.900	
SUBTOTAL:				1	\$ 204.900	
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.		1	\$ 40.000	
SUBTOTAL:				1	\$ 40.000	

VALOR SIN MORA:	\$ 507.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 507.200

PSE - Transacción Aprobada  CUS 1518538220

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Vie 30/05/2025 7:25 PM

Para miguel23dri@hotmail.com <miguel23dri@hotmail.com>



¡Hola, Miguel Ángel Villota Ríos!

Estado de la Transacción:

Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 507.200

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Fecha de la transacción: 30/05/2025

CUS: 1518538220

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.
-  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.



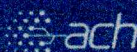
Para mayor información comunícate con nosotros:

 En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

 Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH 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 direccionada 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 o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine 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, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias.