

Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	 POLICIA NACIONAL
--	---	--

Radicado GECOP No. _____

Grado: _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta: _____

Cargo del funcionario: _____

No. SISCO: _____ No. CONTRATO: 97-7-20561-24 VALOR PAGO: 3,946,800 VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: _____ No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: 9	No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): _____ FECHA DE RECIBIDO: 1 jul 25 NUMERO DE RADICADO SIIF: _____ CONTRATISTA: MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN NIT DEL CONTRATISTA: 1022409946
---	--

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO _____
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO _____
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO _____

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICIARIO DEL PAGO) _____ CUENTA BANCARIA: 0550466100098758 BANCO DAVIVIENDA

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) _____
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ☐
6. FACTURA ORIGINAL: ☐
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 7/01/2025 ☐
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: _____ ☐
- 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): _____ ☐
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP ☐
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ☐
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. ☐
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP ☐
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. ☐
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ☐

OBSERVACIONES: _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI _____ NO _____

FIRMA _____

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) _____

CARGO Y UNIDAD _____

AS
leson25

Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		
ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO		
POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____		REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI _____ NO _____
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____		
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____	Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____	

Página 1 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 01 Julio de 2025																	
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ																	
Tipo de contrato	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orden de compra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de obra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de consultoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de prestación de servicios</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Contrato de compraventa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de suministro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato interadministrativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato	Orden de compra		Contrato de obra		Contrato de consultoría		Contrato de prestación de servicios	X	Contrato de compraventa		Contrato de suministro		Contrato interadministrativo		
Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato																	
Orden de compra																		
Contrato de obra																		
Contrato de consultoría																		
Contrato de prestación de servicios	X																	
Contrato de compraventa																		
Contrato de suministro																		
Contrato interadministrativo																		
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	97-7-20561-24																	
Constancia de recibido No.	09																	
Contratista:	MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN																	
NIT del contratista:	1.022.409.946																	
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, COMO ENFERMERO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIA, CON EL FIN DE PROMOVER, PREVENIR Y TRATAR PROBLEMAS DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD POLICIA NACIONAL, PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA, POR UN TERMINO Estrictamente INDISPENSABLE																	
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA																	
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	\$ 23.680.800.00 MAS ADICION POR \$7.893.600.00																	
Plazo de ejecución:	05/11/2024 AL 04/05/2025 MAS ADICION DEL 05/05/2025 AL 04/07/2025																	
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA																	
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 68 B BIS Nro. 44 - 58 Edificio BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre B, ubicado en la ciudad de Bogotá																	
Incumplimiento del plazo de ejecución SI ___ NO <u>X</u>																		
Nombre del supervisor/coordinador del	Capitán ANGELICA PARRA MARTINEZ																	

Página 2 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		

contrato y cargo que desempeña:	Jefe ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO						
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/06/2025 Al: 30/06/2025						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	UPRES BOGOT A	16	ENFERMERO PROFESIONAL	\$3.946.800	\$3.946.800		\$3.946.800
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
09	01/07/2025	\$3.946.800		
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la factura N° 09 de fecha 01/07/2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Liderar el desarrollo de las actividades en consulta externa de las auxiliares de enfermería y garantizar el cumplimiento de las metas.	Si ☒ No ☐	
2	Asistencia en visitas de auditorías, asesorías y asistencia técnica de la institución, EPS y los entes de control.	Si ☒ No ☐	
3	Realizar vigilancia epidemiológica y acciones de salud pública en la prestación del servicio en salud al cual se encuentra asignado, permitiendo la ejecución y fortalecimiento de plan de intervención individual y colectivo.	Si ☒ No ☐	
4	Orientar al paciente y sus familiares sobre los procedimientos, condiciones, derechos, deberes y requisitos en la prestación de servicios a cargo de la dependencia de acuerdo con la normatividad vigente.	Si ☒ No ☐	

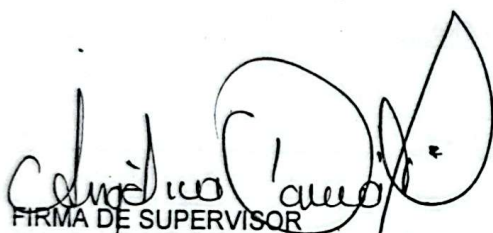
Página 3 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		

5	Verificar la asistencia y asignaciones del cuadro de turno del personal de enfermería a su cargo.	Si ☒ No ☐	
6	Seguimiento a cohortes de programas asignados, establecidos en el modelo de atención de salud y la normatividad vigente.	Si ☒ No ☐	
7	Cumplir con el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas, adherencias a guías, información al paciente (consentimiento informado diligenciado) en formatos físicos o software institucional.	Si ☒ No ☐	
8	Asistir a capacitaciones dirigidas por la Dirección de Sanidad – Policía Nacional.	Si ☒ No ☐	
9	Realizar la consulta de valoración integral en los diferentes cursos de vida según los lineamientos de la resolución 3280 del 2018, así mismo cumplir con las actividades de detección temprana y protección específica (tales como citologías, asesoría en planificación familiar, consulta de control prenatal, administración de métodos anticonceptivos) así como brindar educación individual y colectiva a la población perteneciente al subsistema de policía nacional.	Si ☒ No ☐	
10	Atender a los usuarios del subsistema de salud de sanidad de la policía nacional en la consulta de enfermería profesional, conforme a las agendas del CONTAC CENTER y SISAP.	Si ☒ No ☐	
11	Realizar el control de la implementación del modelo de atención en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos, realizar monitoreo de las actividades del programa de promoción y mantenimiento de la salud.	Si ☒ No ☐	
12	Registro y apoyo del personal técnico en auxiliar de enfermería que realiza las actividades de atención al usuario en módulos y de mantenimiento de las condiciones óptimas de los consultorios para la prestación de los servicios en consulta externa.	Si ☒ No ☐	
13	Realizar el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y/o consentimientos informados en cumplimiento con las exigencias legales y éticas artículos ARTÍCULO 3: CARACTERIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Define: Racionalidad científica: para efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realice ante las investigaciones de condiciones de la salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. ARTICULO 5: GENERALIDADES "la historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible". C Realizar la medición de acuerdo al código de diagnóstico y/o congruencia según los datos registrados en la historia clínica.	Si ☒ No ☐	
14	Realizar ante la eventualidad de la caída del sistema, se deberá registrar la formula en el libro destinado para ello, y se hará responsable de entregar la colilla a la enfermera encargada del manejo y custodia de las fórmulas, de lo contrario se hará responsable al profesional de la pérdida de este documento legal que están siendo objeto de constantes auditorias.	Si ☒ No ☐	

Página 4 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

NOTA: Para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Observación:



FIRMA DE SUPERVISOR

Capitán ANGELICA PARRA MARTINEZ

Jefe ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO

Bogotá D.C 01 de julio de 2025

Señores:

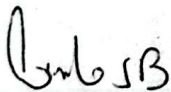
Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Policía Nacional
Bogotá

Respetados señores

Yo, MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN identificada con cédula de ciudadanía N° 1022409946 de Bogotá, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, además mi condición es de NO Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Se reciben pagos de otras entidades públicas o privadas Si ___ No X

Cordialmente,



MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN
CÉDULA: 1022409946 de Bogotá
TELÉFONO: 3022216291

CUENTA DE COBRO No 09

BOGOTÁ. D.C, 01 de Julio de 2025

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

NIT: 901361596-4

DEBE A:

MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.022.409.946 expedida en Bogota, la suma de \$3.946.800 por concepto de las actividades desempeñadas durante el periodo del 01 al 30 de junio de 2025 de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el Contrato de Prestación de Servicios No.PN-UPRES 97-7-20561-24, Suscrito con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá para prestar mis servicios como Enfermero profesional.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No.0550466100098758 entidad financiera BANCO DAVIVIENDA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN
Cedula: 1022409946 expedida en Bogota
Teléfono: 3022216291

Bogotá D.C, 01 de julio de 2025

Señores:

Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Policia Nacional
Ciudad

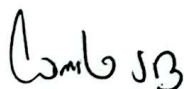
Respetados señores;

YO, MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN en calidad de contratista identificado con cédula de ciudadanía N° 1022409946 de Bogota, para los efectos previstos en el Artículo 13, Decreto 0723 de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% o si es asistencial del 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 97-7-20561-24 con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 86944955	
HONORARIOS MENSUALES	\$ 3.946.800,00	\$	3.946.800,00
BASE COTIZACIÓN 40%	\$ 1.578.720,00	\$	1.578.720,00
APORTE SALUD 12,5%	\$ 197.400,00	\$	197.400,00
APORTE PENSION (16%)	\$ 252.600,00	\$	252.600,00
APORTE RIESGOS LABORALES			
ASISTENCIALES 2,436%	\$ 38.500,00	\$	38.500,00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		\$	-

Observaciones:

Cordialmente,



MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN

C.C.1022409946 de Bogotá

Teléfono: 3022216291

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022409946	MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN	CI RD 79 A 76	0000000	camila.sichaca21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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
					EMPLEADOS 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	1	09/06/2025	00014956	\$488.500

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	197.400	0		0		0	0	0	0	197.400	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
25-14	Compensar	900336004-7	252.600	0	0	0	0	0	0	0	252.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	38.500				38.500	0	0	38.500			385	38.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	197.400	197.400
Pensión	1	252.600	252.600
Riesgos Laborales	1	38.500	38.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	488.500	488.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC*	1022409946	MARIA CAMILA SICHACA BELTRAN	Ci 6D 79 A 76	0000000	camila.sichaca21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPÓ PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPG
2025-05	2025-05	I	09/05/2025	86944955	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$488.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES											
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Clasificación de Cotizante	Seguro de Vida	Seguro de Accidentes	Seguro de Salud	Seguro de Vida	Seguro de Accidentes	Seguro de Salud	Seguro de Vida	Seguro de Accidentes	Seguro de Salud	Seguro de Vida	Seguro de Accidentes	Seguro de Salud	Seguro de Vida	Seguro de Accidentes	Seguro de Salud	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC	1022409946	SICHACA BELTRAN MARIA CAMILA	59 0	N															25-14	1.578.720	252.800	0	0	0	0	EP5005	1.578.720	197.400	14-23	1.578.720	3	38.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

No suele recibir correo electrónico de camila.sichaca21@gmail.com. Por qué es esto importante

----- Forwarded message -----

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>

Date: lun, 9 de jun de 2025, 3:26 p. m.

Subject: PSE - Transacción Aprobada ☒ CUS 1541964832

To: <camila.sichaca21@gmail.com>

¡Hola, Maria Camila Sichaca Beltran!

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 488.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 09/06/2025

CUS: 1541964832

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.