| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | |
| **YOLLY CAMPOS CALDERON** | | | | |
| | **CON CC: N°** | 52,359,854 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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-5124 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 31/03/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 7,873,434 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 184 | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 13,221,053 | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | $ 2,539,752 | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 5 MESES | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - INSTITUCIONAL<br>2LV HOSPITAL LA VICTORIA | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades en el entorno cuidador institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos de las SDS y cumplir con los direccionamientos desde el supervisor del contrato.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realización de actividades concertadas en el plan de cuidado institucional con sus respectivos formatos de sesiones colectivas y formatos sisco según el caso, soportes en carpetas de gestión documental actas, formatos y registro de base en el drive |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diligencia cronograma mensual en el que se consignan las actividades realizadas durante el mes de agosto<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza soporte magnetico de cronograma mensual de actividades desarrolladas cumplidas al 100% y actualización del cronograma |
| 3 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo: Entre sesiones colectivas y actividades de alta externalidad donde se realizaron 56 intervenciones con la calidad de datos integridad oportunidad<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Desarrollar actividades puntuales como identificacion de eventos de interes en salud publica atravez de tamizajes de pruebas rapidas, desarrollo de las actividadess establecidas en el plan de cuidado institucional, elaboración de formatos de sesiones colectivas, Diligenciamiento de: tablero de control, adicional soportes como actas, formatos y registro en el drive |
| 4 | 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 habilitación y acreditación de servicios de salud.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo en las actividades programadas dentro del plan de cuidado institucional poblaciones diferenciales del producto 15 y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencias técnicas proporcionadas por la Secretaría Distrital de Salud, o la Subred Centro Oriente, desarrollar actividades puntuales como identificacion de eventos de interes en salud publica, adicional soportes como actas, formatos y registro en el drive |
| 5 | 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la meta establecida ingresando a las instituciones del producto 15 Carcel Distrital, Ciom, Hogares de Paso, Centros Proteger, ICBF, UPI, Seguimiento a lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia actual<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Participación en las reuniones del entono institucional y fortalecimientos tecnicos realizados pore secretaría distrital de salud, firma de actas de asistencias en las diferentes reuniones |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida<br>(oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de soportes mensuales físicos y magnéticos sesiones colectivas y actividades de alta externalidad donde se realizaron 56 intervenciones en las diferentes instituciones con la calidad de dato integridad y oportunidad, según lo establecido por lineamiento de la SDS y solicitudes del entorno<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realización de actividades en las instituciones con los respectivos formatos de sesiones colectivas los cuales son 56, relatorías, tableros de control, formatos de pruebas rapidas |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de soportes mensuales, sesiones colectivas y actividades de alta externalidad donde se realizan los diferentes tamizajes de pruebas rapidas, auditivas y visuales, donde se realizaron 56 intervenciones en las diferentes instituciones con la calidad de dato integridad y oportunidad, registro en las bases de seguimientosa y la realización de canalizaciones según lo establecido por lineamiento de la SDS y solicitudes del entorno<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realización de formatos de sesiones colectivas, relatorías, planes de cuidado institucional, con su respectiva calidad, actas, tablero de control, bases de seguimiebntos priorizados |
| 8 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificar y notificar eventos de interes en salud publica por medio de los diferentes tamizajes realizados y el registro en las canalizaciones y base de seguimientos priorizados, a travez de procesosde informacion y educacion estrategicos<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realizar adecuada mente y con oportunidad el diligenciamiento de base de seguimientos priuorizados y envio de soportes |

| | |
|---|---|
| 9 | 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 interventoria 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de acciones segun lineamiento e indicaciones de nivel central, generar soportes de manera oportuna, con calidad y oportunidad en las acciones ejecutadas según lo establecido<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Identificar y notificar los eventos de interes en salud publica en los tamizajes realizados, a travez de las canalizaciones y educacion estrategicos |
| 10 | 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las diferentes actividades que se requieran y demande los diferentes entornos al interior de la subred<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de asistencia en las diferenrtes reuniones del entorno o en secretaria de salud |

## III. 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 01/08/2025 al 31/08/2025

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | 89054096 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 19/08/2025 | $ 178,000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 19/08/2025 | $ 227,800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 19/08/2025 | $ 34,700 |
| OTRO | | | |
| | TOTAL PAGADO | | $ 440,500 |

## V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

## VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA | YOLLY CAMPOS CALDERON<br>CC: 52359854 |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA | LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ<br>SUPERVISOR ALTERNO |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Gran Distrito E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 7<br>FECHA: 2025-06-09 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | YOLLY CAMPOS CALDERON | **CC:** | 52,359,854 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | camposyolly1977@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3142026184 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 37 B BIS SUR 2B 28 | **CIUDAD:** | BOGOTÁ |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

| | |
|---|---|
| **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 Simplé de Tributación. | SI ( ) | NO (X) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | BANCOLOMBIA | **TIPO DE CUENTA:** | CORRIENTE | **Nº CUENTA:** | 91280595298 |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 5124 2025 | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 2,539,752 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 31/03/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 31/08/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/08/2025 AL 31/08/2025 | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YOLLY CAMPOS CALDERON**
**CC: 52,359,854**
**CEL: 3142026184**

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 | 52359854 | YOLLY CAMPOS CALDERON | | Calle 41 bis sur # 1b 09 este | 2060552 | Camposyolly1977@gmail.com | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | | |
| ÚNICA | 1 – 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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 19/03/2025 | 89054096 | $442.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 600 | 0 | 178.600 | 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 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 800 | 0 | 228.600 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 5 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | |

**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 | 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 | 178.000 | 178.600 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 440.500 | 442.100 |

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 | 52359854 | YOLLY CAMPOS CALDERON | | Calle 41 bis sur # 1b 09 este | 2060552 | Camposyolly1977@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** | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 19/08/2025 | 89054096 | $442.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Juvenil | Extranjero | Cotiza Exterior | Dotación | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONDICIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario a Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Horas a Temp | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52359854 | CAMPOS CALDERON YOLLY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.900 | 14-23 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**Estado de la Transacción:** Aprobada

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



**Valor:** $ 442.100
**Empresa:** COMPENSAR-OI
**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
**Fecha de la transacción:** 16/08/2025
**CUS:** 1707404189

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 COLOMBIA

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial