



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NELLY TATIANA TORRES GOMEZ

CON CC: N°

1,010,222,792

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN TRABAJO SOCIAL 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 5961 2025

FECHA INICIO CONTRATO

18/07/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 8,095,356

No. HORAS
EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 13,492,260

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 5,396,904

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

2 MESES 12 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO
6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

II. 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)

ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de agosto se desarrolló el proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas y operativas del procedimiento de canalizaciones. Convocatoria Nuevos y antiguos y reentrenamientos - cruce con TH. Se apoyó la micro gestión de las canalizaciones a la oferta intersectorial y social - Informe Cualitativo Transversalidades. Se monitoreó de la fase 3 - 4 - 5. Reunión de alistamiento con equipo Canalizaciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas con listados de asistencia - Drives de información - Presentaciones</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Consolidación de cronogramas, cargue y actualización de portafolios septiembre 2025.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive distrital septiembre 2025</p>
3	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de septiembre se desarrolló el proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas y operativas del procedimiento de canalizaciones. Convocatoria Nuevos y antiguos y reentrenamientos - cruce con TH. Se apoyó la micro gestión de las canalizaciones a la oferta intersectorial y social - Informe Cualitativo Transversalidades. Se monitoreó de la fase 3 - 4 - 5. Se realizó reunión de alistamiento con equipo Canalizaciones. Se llevó a cabo las mesas de trabajo- Articulación Análisis y Políticas, GESI, Gestión del Riesgo - Se llevó a cabo la mesa de canalizaciones - se realizó envió del avance ejecución plan de acción y la Medición de Indicadores A8 TC_Canalizaciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas con listados de asistencia - Drives de información - Presentaciones - Correos de envíos</p>
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó proceso de alistamiento y preauditoría con el equipo de canalizaciones. Se monitoreó de la fase 3 - 4 - 5</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas con listados de asistencia.</p>
5	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de julio se desarrolló el proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas y operativas del procedimiento de canalizaciones. Convocatoria Nuevos y antiguos y reentrenamientos - cruce con TH. Se apoyó la micro gestión de las canalizaciones a la oferta intersectorial y social - Informe Cualitativo Transversalidades. Se monitoreó de la fase 3 - 4 - 5. Se realizó reunión de alistamiento con equipo Canalizaciones. Se llevó a cabo las mesas de trabajo- Articulación Análisis y Políticas, GESI, Gestión del Riesgo - Se llevó a cabo la mesa de canalizaciones - se realizó envió del avance ejecución plan de acción y la Medición de Indicadores A8 TC_Canalizaciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas con listados de asistencia - Drives de información - Presentaciones - Correos de envíos</p>
6	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza apropiación conceptual para recepción del cargo en julio, incluyendo el documento operativo del proceso de canalizaciones y las fichas técnicas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta mes de julio 2025</p>

7	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de septiembre se desarrolló el proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas y operativas del procedimiento de canalizaciones. Convocatoria Nuevos y antiguos y reentrenamientos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de participación septiembre 2025</p>
8	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se monitoreó de la fase 3 - 4 - 5.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drives como herramientas de control de apoyo del mes de septiembre 2025.</p>
9	<p>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 con su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó envío del avance ejecución plan de acción y la Medición de Indicadores A8 TC_Canalizaciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Correo electrónico</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de septiembre se realizó acompañamiento al proceso de notificación e interés en salud pública realizados por los entornos, en concordancia con las activaciones de ruta.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Correo electrónico enviado a los referentes de Entornos Cuidadores.</p>
11	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de agosto se avanzó en el proceso acompañamiento en la Gestión Documental, almacenamiento de información en drive.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en Drive de Canalizaciones</p>
12	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participó en mesa técnica de temas transversales, mesa de articulación GESI, Mesa mensual de Canlizaciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta septiembre 2025</p>
13	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan las acciones inherentes al objeto contractual con responsabilidad individual, teniendo en cuenta la pertinencia, la calidad y oportunidad de cada actividad realizada.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas con listados de asistencia - Drives de información - Presentaciones</p>
14	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de septiembre 2025 se participó en el direccionamiento técnico con PS-PISC, mesa de temas trasversales, mesas de trabajo con coordinación PIC</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de participación mes septiembre 2025.</p>

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 01/09/2025 al 30/09/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89782162	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	\$ 269,900
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$ 345,500
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$ 52,600
OTRO	CCF COMPENSAR	11/09/2025	\$ 43,200
TOTAL PAGADO			\$ 711,200

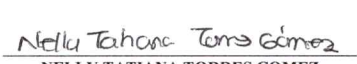
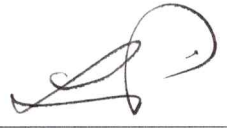
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <u>NELLY TATIANA TORRES GOMEZ</u> CC: 1010222792
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 <u>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</u> SUPERVISOR DEL CONTRATO



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY TATIANA TORRES GOMEZ	CC:	1,010,222,792
CORREO ELECTRÓNICO:	tatianatorresgomez.ts@gmail.com	TELÉFONO:	3105750109
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 H 37D 20 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	<input checked="" type="checkbox"/> (X)
SI tomaré costos y deducciones	<input type="checkbox"/> ()

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4672008911
---------------------------------	----------------------	------------------------	---------	-------------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5961 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5,396,904
FECHA DE INICIO CONTRATO	18/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Nelly Tatiana Torres Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELLY TATIANA TORRES GOMEZ

CC: 1,010,222,792
CEL: 3105750109

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1010222792	NELLY TATIANA TORRES GOMEZ	cra 2 h 37d 20 sur	9410634	laturanatorresgomez.ts@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89782162	\$711.200	

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	269.900	0	0	0	0	0	0	0	0	269.900	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	345.500	0	0	0	0	0	0	0	345.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	52.600				52.600	0	0	52.600			526	52.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.200	0	0	43.200	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	269.900	269.900
Pensión	1	345.500	345.500
Riesgos Laborales	1	52.600	52.600
CCF	1	43.200	43.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	711.200	711.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010222792	NELLY TATIANA TORRES GOMEZ	cra 2 h 37d 20 sur	9410634	tatianatorresgomez.ts@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - 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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89782162	\$711.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Sustituye	Exemplares	Código, anterior	Exonerado	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	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	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010222792	TORRES GOMEZ NELLY TATIANA	59	0			N																						230301	2.158.761	345.500	0	0	0	0	EP5008	2.158.761	269.900	14-11	2.158.761	3	52.600	CCF24	2.158.761	43.200	0	0	0	0	0	

PAGADA



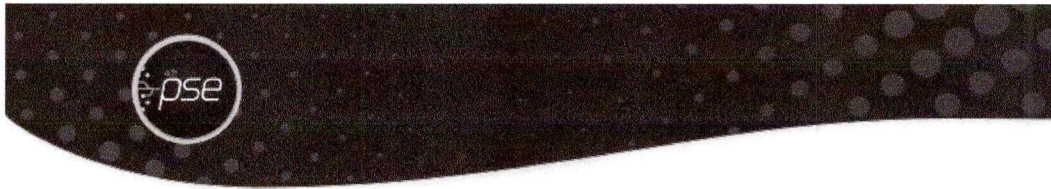
Nelly Tatiana Torres Gómez <tatianatorresgomez.ts@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1768860885

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: tatianatorresgomez.ts@gmail.com

11 de septiembre de 2025, 7:58 a.m.



¡Hola, Nelly Tatiana Torres Gómez !

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 711.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 11/09/2025

CUS: 1768860885

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>

