

**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**

**JESSICA LISETH MORENO RAMIREZ**

CON CC: N° 1,000,333,148

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO LICENCIADO EN EDUCACION FISICA 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.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4301 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	22/01/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 21,456,663	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 34,553,503	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4,127,120
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	8 MESES 8 DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - COMUNITARIO SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		

ITEM	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
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: * Realizar concertaciones con entidades de las localidades de la capital en el mes de septiembre para evaluar el riesgo del consumo de SPA en los sectores. Realizar las valoraciones del riesgo de consumo a habitantes del sector * Realizar las valoraciones del riesgo de consumo para 30 personas consumidoras de SPA de las localidades * Caracterizar a la población con problemas de consumo con ayuda de las valoraciones de riesgo elaboradas en el mes * Recomendar las acciones de educación en la salud física para personas con problemas de consumo de sustancias.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Realice cinco(5) actas de concertación con entidades locales para la atención de la población. * Realice 30 formatos ficha caracterización con entidades de las localidades a usuarios con riesgo de consumo de SPA * Lleve a cabo 30 valoraciones del riesgo de consumo a población general con Spacios de cuidado * Implemente veinticuatro (24) sesiones colectivas en el marco de los planes de bienestar * Realice el cierre de los 30 casos de abordaje desde el grupo de población ACV</p>		
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar cronograma proyectado de las acciones del mes de septiembre actualizando diariamente según las jornadas realizadas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Se realizó una base en excel de cronograma según jornadas y actividades programadas del mes septiembre 2025 realizando los ajustes pertinentes a cargo de ACV</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: * Entrega de soporte de actas de concertación el primer día de cada inicio de semana durante mes de septiembre * Entrega de fichas de valoración de riesgo el primer día de cada inicio de semana del mes de septiembre * Entrega de caracterización de población valorada el primer día de cada inicio de semana del mes de septiembre</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Realice Cinco (5) actas de concertación con entidades de las localidades para la atención a población entregandolo el primer día hábil de la semana del mes de septiembre * Lleve a cabo 30 formatos de fichas de caracterización con valoración de riesgo de consumo a igual número de usuarios</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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Recomendar las acciones que se deben desarrollar para realizar acciones de educación en la salud física para la población con problemas de consumo. * Realizar posibles articulaciones en red para la atención de personas con problemas de consumo de SPA.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Implemente un documento para las recomendaciones de la educación en la salud física para la población con problemas de consumo para el mes de septiembre. * Implemente cuatro articulaciones en red para la atención de los ciudadanos con problemas de consumo</p>		
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, 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: * Entrega los primeros días de inicio de cada semana con los productos requeridos. * Garantizar la entrega de la información en los soportes entregados. * Velar por la calidad y veracidad de la información registrada en documentos entregados.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Se realizó la entrega de los productos y formatos entregue cinco(5) actas de concertación con entidades locales para la atención de la población. * Entregue 30 formatos ficha caracterización con entidades de las localidades a usuarios con riesgo de consumo de SPA * Lleve a cabo 30 valoraciones del riesgo de consumo a población general con Spacios de cuidado * Implemente veinticuatro (24) sesiones colectivas en el marco de los planes de bienestar * Entregue el cierre de los 30 casos de abordaje desde el grupo de población ACV requeridos al profesional de apoyo con la respectiva crítica.</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: * Participar en la socialización del lineamiento realizada por el profesional de apoyo. * Recibir los documentos que contienen el lineamiento del producto 47 y presentaciones con el contenido del lineamiento y con las metas respectivas del mes de septiembre.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Se socializó direccionamiento técnico según lineamiento del producto 47 * Revisión de las presentaciones y fichas visuales del lineamiento del producto 47</p>		
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Llevar a cabo revisión oportuna mediante precritica de todos los soportes a entregar.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Se realizó documento que evidencia la precritica del mes de septiembre.</p>		
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la notificación de consumo problemático de SPA a través de la ficha VESPA.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se notificó las fichas VESPA de usuarios con consumo problemático y entregadas durante el mes de septiembre.</p>		
9	<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: Realizar gestión documental teniendo en cuenta lo establecido mediante la ley de archivo 594 de 2000</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Realice gestión documental en jornada de archivo programado para mes de septiembre para el producto 47 donde se organizó la documentación en carpetas y cajas entre ellas: * Carpeta de archivos SPacios de bienestar * Carpeta de sesiones colectivas * Carpeta de formatos * Carpeta de concertaciones y convocatorias</p>		
10	<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: Llevar a cabo las canalizaciones de los habitantes con problema de consumo que requieren atención.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Lleve a cabo archivo de canalizaciones para el mes de septiembre a usuarios con necesidades requeridas propiciando un bienestar a la población</p>		

11	<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 garantizo la adecuada ejecución de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPACios de bienestar y que fueron socializados de forma oportuna, ademas me cerciore que la informacion consignada en actas y formatos quedo registrada con plenitud y calidad.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Realice cinco (5) actas de concertacion con entidades de las localidades dirigido a poblacion en riesgo de consumo * Implemente un documento con las recomendaciones de la educacion en salud fisica para el mes de julio * Lleve a cabo 30 valoraciones de riesgo en formatos de fichas de caracterizacion para poblacion diferencial * Realice cuatro articulaciones en red para la atencion de las personas con problemas de consumo SPA</p>
12	<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: * Registro fotografico de las acciones realizadas en los SPACios de bienestar. * Traslado de carpas, sillas, mesas e insumos para la intervencion en puntos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Realice el registro fotografico como medio de evidencia de las acciones realizadas en Spacios de bienestar * Lleve a cabo las firmas requeridas de listados en los traslados de vehiculos</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:	89340785	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/09/2025	\$ 206,400
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/09/2025	\$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/09/2025	\$ 40,300
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 510,900</b>


### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

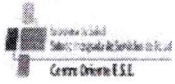
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JESSICA LISETH MORENO RAMIREZ CC: 1000333148
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA IRENE SEGURA VERA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA 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**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JESSICA LISETH MORENO RAMIREZ	<b>CC:</b>	1,000,333,148
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	jesikliz@hotmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3132694878
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 40SUR 72F16	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

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

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO CAJA SOCIAL	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	24122141263
---------------------------------	-------------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 4301 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4,127,120
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	22/01/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025 AL 30/09/2025		

*Jessica Moreno Ramirez*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JESSICA LISETH MORENO RAMIREZ**

**CC:** 1,000,333,148  
**CEL:** 3132694878

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000333148	JESSICA LISETH MORENO RAMIREZ		calle 40 sur n72 f -16	4647033	jesikliz@hotmail.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	10/09/2025	89340785	\$510.900	

### 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	206.400	0		0		0	0	0	0	206.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	264.200	0	0	0	0	0	0	0	264.200	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	40.300				40.300	0	0	40.300			403	40.300	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206.400	206.400
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>510.900</b>	<b>510.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000333148	JESSICA LISETH MORENO RAMIREZ		calle 40 sur n72 f-16	4647033	jesikiz@hotmail.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	\$510.900				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Clase de Cotización	Empleador	ING	RET	TIDE	TAE	TDP	UP	VET	BLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1000333148	MORENO RAMIREZ JESSICA LISETH	59	0	N																	231001	1.950.848	264.200	0	0	0	0	EPS008	1.650.848	208.400	14-23	1.650.848	3	40.300		0	0	0	0	0	0	0	0

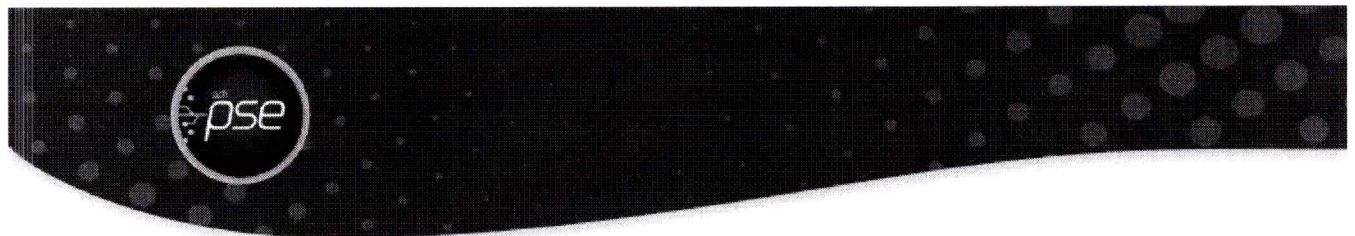
PAGADA

**PSE - Transacción Aprobada**  CUS 1766003024

Desde [serviciopse@achcolombia.com.co](mailto:serviciopse@achcolombia.com.co) <[serviciopse@achcolombia.com.co](mailto:serviciopse@achcolombia.com.co)>

Fecha Mar 9/09/2025 10:30 PM

Para [jesikliz@hotmail.com](mailto:jesikliz@hotmail.com) <[jesikliz@hotmail.com](mailto:jesikliz@hotmail.com)>



**¡Hola, jessica liseth moreno ramirez!**

**Estado de la Transacción:** **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** \$ 510.900

**Empresa:** COMPENSAR-OI






**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 09/09/2025

**CUS:** 1766003024

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.