

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION 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

YAMILE RINCON CASTIBLANCO

CON CC: N° 52,461,453

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 6056 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 30/07/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2,968,398 **No. HORAS EJECUTADAS** 160

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5,508,150 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2,346,560

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS 2 MESES

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: GSP PSPIC - VSA
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	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asignadas en la línea de intervención enfermedades de origen zoonótico y acciones de inspección, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación
5	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 técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.

7	<p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO</p>
8	<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: Soportes entregados de acuerdo con las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos establecidos por la coordinación</p>
9	<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: NO HUBO PARA EL PERIODO</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO</p>
10	<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: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizó alguna de estas diligenciar lo que HIZO.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizó alguna de estas diligenciar lo que HIZO.</p>
11	<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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación</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:	89774750	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/09/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/09/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

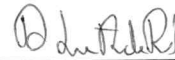
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



YAMILE RINCON CASTIBLANCO
CC: 52461453

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
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

NOMBRES Y APELLIDOS:	YAMILE RINCON CASTIBLANCO	CC:	52,461,453
CORREO ELECTRÓNICO:	yamirinconc@gmail.com	TELÉFONO:	3157250419
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28 C SUR 13 17	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 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.

SI () NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24046571148
--------------------------	-------------------	-----------------	---------	------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6056 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2,346,560
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Yamile Rincon

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YAMILE RINCON CASTIBLANCO

CC: 52,461,453
CEL: 3157250419

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CC	52461453	YAMIL RINCON CASTIBLANCO	calle 28 C sur 13 - 17	5343424	yamixr@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	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89774750	\$440.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	Cofondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52461453	YAMILE RINCON CASTIBLANCO		calle 28 C sur 13 - 17	5343424	yamixr@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	89774750	\$440.500	

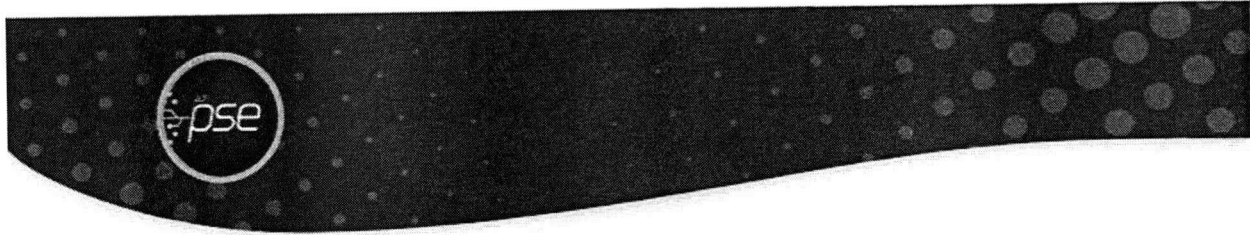
DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Excedente Cotizante	Excedente Beneficiario	INC	RET	IDE	TAE	TPA	TPB	TPC	TPD	TPE	TPF	TPG	TPH	TPJ	TPK	TPL	TPM	TPN	TPO	TPP	TPQ	TPR	TPS	TPV	TPW	TPX	TPY	TPZ	TPAA	TPAB	TPAC	TPAD	TPAE	TPAF	TPAG	TPAH	TPAI	TPAJ	TPAK	TPAL	TPAM	TPAN	TPAO	TPAP	TPAQ	TPAR	TPAS	TPAT	TPAU	TPAV	TPAW	TPAX	TPAY	TPAZ	TPBA	TPBB	TPBC	TPBD	TPBE	TPBF	TPBG	TPBH	TPBI	TPBJ	TPBK	TPBL	TPBM	TPBN	TPBO	TPBP	TPBQ	TPBR	TPBS	TPBT	TPBU	TPBV	TPBW	TPBX	TPBY	TPBZ	TPCA	TPCB	TPCC	TPCD	TPCE	TPCF	TPCG	TPCH	TPCI	TPCJ	TPCK	TPCL	TPCM	TPCN	TPCO	TPCP	TPCQ	TPCR	TPCS	TPCT	TPCU	TPCV	TPCW	TPCX	TPCY	TPCZ	TPDA	TPDB	TPDC	TPDD	TPDE	TPDF	TPDG	TPDH	TPDI	TPDJ	TPDK	TPDL	TPDM	TPDN	TPDO	TPDP	TPDQ	TPDR	TPDS	TPDT	TPDU	TPDV	TPDW	TPDX	TPDY	TPDZ	TPEA	TPEB	TPEC	TPED	TEPE	TEPF	TEPG	TEPH	TEPI	TEPJ	TEPK	TEPL	TEPM	TEPN	TEPO	TEPP	TEPQ	TEPR	TEPS	TEPT	TEPU	TEPV	TEPW	TEPX	TEPY	TEPZ	TEQA	TEQB	TEQC	TEQD	TEQE	TEQF	TEQG	TEQH	TEQI	TEQJ	TEQK	TEQL	TEQM	TEQN	TEQO	TEQP	TEQQ	TEQR	TEQS	TEQT	TEQU	TEQV	TEQW	TEQX	TEQY	TEQZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG	TERH	TERI	TERJ	TERK	TERL	TERM	TERN	TERO	TERP	TERQ	TERR	TERS	TERT	TERU	TERV	TERW	TERX	TERY	TERZ	TERA	TERB	TERC	TERD	TERE	TERF	TERG

PSE - Transacción Aprobada ✓ **CUS 1768186970**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: yamixr@gmail.com

10 de septiembre de 2025, 19:38



¡Hola, yamile rincon!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: **S 440.500**

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social






Fecha de la transacción: **10/09/2025**

CUS: 1768186970

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.