

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

YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ

CON CC: N°

1.072.618.331

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA 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 4993 2025	FECHA INICIO CONTRATO	07/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20.738.431	No. HORAS EJECUTADAS	61
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 45.131.569	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.789.191
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	6 MESES 23 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29		

ITEM	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)
1	<p>1. OBLIGACIÓN: 1. 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 Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica. Se abordan casos de acuerdo a la notificación, los eventos de alto impacto son tosferina, meningitis, sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, tuberculosis en población confinada y casos farmacoresistentes, estos casos son notificados por las UPGD.</p> <p>Se realiza canalización a las diferentes rutas de atención en salud.</p> <p>Se realizan ajustes en aplicativo SIVIGILA de datos básicos como dirección, datos personales del usuario al confirmarse la información en la visita.</p> <p>Se realiza entrega de medicamento Quimioprofiláctico para eventos como Meningitis y Tosferina de acuerdo a la demanda de cada evento.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar y actualizar semanalmente cronograma proyectado del mes, así mismo se ajusta de acuerdo a las actividades que se realizan a diario, teniendo en cuenta que el trabajo se va realizando de acuerdo a la asignación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
3	<p>1. OBLIGACIÓN: 3. 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: Asistir a reuniones convocadas por líderes de VSP, referentes distritales SDS y demás.</p> <p>Solicitud a las UPGDs de información complementaria que permita la respuesta oportuna de los casos notificados.</p> <p>Asistir a los fortalecimientos convocados desde secretaría de salud.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
4	<p>1. OBLIGACIÓN: 4. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: 5. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica. Se abordan casos de acuerdo a la notificación, los eventos de alto impacto son tosferina, meningitis, sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, tuberculosis en población confinada y casos farmacoresistentes, estos casos son notificados por las UPGD.</p> <p>Se realiza canalización a las diferentes rutas de atención en salud.</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: 6. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>

7	<p>1. OBLIGACIÓN: 7. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: 8. Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: 9. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelanta el equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado en la construcción de los diferentes productos, actividades y/o metas conforme a los anexos y lineamientos técnicos.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: 10. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
11	<p>1. OBLIGACIÓN: 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
12	<p>1. OBLIGACIÓN: 12. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
13	<p>1. OBLIGACIÓN: 13. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</p>
14	<p>1. OBLIGACIÓN: 14. 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: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\IEC_SIVIGILA</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 **cláusula "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:	89028236	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/08/2025	\$ 296.300
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 379.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	\$ 57.800
OTRO	CCF COMPENSAR	15/08/2025	\$ 47.400
TOTAL PAGADO			\$ 780.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

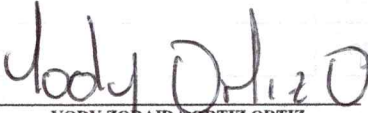
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

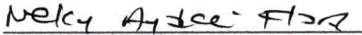
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA


YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ
CÉ: 1072618331

FIRMA DE QUIEN VALIDA


NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:


MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
SUPERVISOR DEL CONTRATO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ	CC:	1.072.618.331
CORREO ELECTRÓNICO:	zori1525@gmail.com	TELÉFONO:	3153542371
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90 A 4 40 CA 223	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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488416006002
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4993 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.789.191
FECHA DE INICIO CONTRATO	07/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

Yody Ortiz O

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ

CC: 1.072.618.331
CEL: 3153542371

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072618331	YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ		Cll 3 #2-40	3192730770	zoril1525@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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89028236	\$782.900	

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	296.300	0		0		0	4	800	0	297.100	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	800224806-9	379.200	0	0	0	0	4	1.000	0	380.200	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	57.800				57.800	4	200	58.000		578	58.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	47.400	4	200	47.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	296.300	297.100
Pensión	1	379.200	380.200
Riesgos Laborales	1	57.800	58.000
CCF	1	47.400	47.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	780.700	782.900

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1072618331	YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ	Cll 3 #2-40	3192730770	zori1525@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					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-07	2025-07	\$782.900				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Continuación	Suplente	Extensión	Orden de inicio	Exonerado	MS	RET	TDE	PAE	TP	TPM	TPM	VIT	ELM	ICE	UMA	VAC	AVP	VCT	IRE	CONSECCION	Céd. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Céd. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Céd. 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	1072618331	ORTIZ ORTIZ YODY ZORAIDA		59	D			N																	230301	2.369.946	379.200	0	0	0	0	EP800	2.369.946	296.300	14-11	2.369.946	3	57.800	CCF24	2.369.946	47.400	0	0	0	0	0

PAGADA

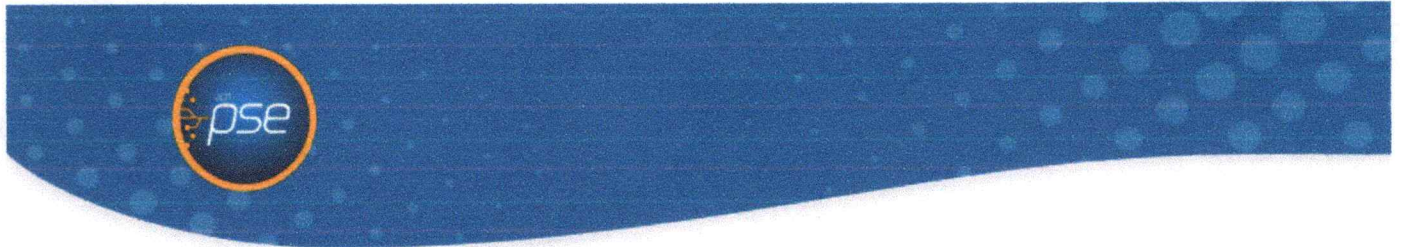


Yody Ortiz <zori1525@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada  CUS 1701997944

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: zori1525@gmail.com

14 de agosto de 2025, 20:00



¡Hola, Yody Zoraida Ortiz Ortiz!

Estado de la Transacción: Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 782.900

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social






Fecha de la transacción: 14/08/2025

CUS: 1701997944

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.

