 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			
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	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 45.131.569	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.396.904
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	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	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Gestión de la información de eventos 345, 346, 348, 591, 995 y 998, en donde se revisa la calidad de la notificación al aplicativo SIVIGILA 4.0 realizando solicitud de ajustes y retroalimentaciones a las UPGD para mejora de la calidad del dato. Envío de informe semanal del comportamiento de la notificación de eventos colectivos 995 y 998. Revisión semanal de bases de EEVV, bases de laboratorio y calidad de notificación de evento s345, 346, 348, 995, 998 y 591, realizando solicitud de ajustes a las instituciones. Fortalecimientos en la notificación para eventos de IRA a las instituciones que lo requieren. Se realizan articulaciones con diferentes componentes y espacios, dentro de ellos reunion de area, COVE Local, ACCEyS, mesa de infancia, en donde se socializan los indicadores de morbilidad por IRA; de igual forma, se realiza articulación con subcomponentes de vigilancia en salud publica para verificar diferentes fuentes de información para mejora de la busqueda de casos que cumplen definición operativa de caso para eventos de IRA, EDA, como lo es EEVV y SIVIGILA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.		
2	1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar y actualizar semanalmente cronograma proyectado del mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?CT=1752169109704&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=48b1fe83%2D4a76%2D9cfd%2D7a0f%2Df955b72cdeb89&e=5%3A8b228d56a7a44c719f7c3011d38b82cc&sharingv2=true&fromShare=true&ac=9&id=%2Fpersonal%2Fgivspcentrooriente%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FVIGILANCIA%20EN%20SALUD%20PUBLICA%2FCRONO%5FPREA%2FVSP%5F%5FCRON%5FPREAU%2F2025%5FVSP%5FPREAU%5FCRON&FolderCTID=0x012000DE3BBA7D42867544A9CC207395B9C08E&view=0		
3	1. OBLIGACIÓN: 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soporte 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: Se realizan articulaciones con diferentes componentes y espacios, dentro de ellos reunion de area, COVE Local, ACCEyS, mesa de infancia, en donde se socializan los indicadores de morbilidad por IRA; de igual forma, se realiza articulación con subcomponentes de vigilancia en salud publica para verificar diferentes fuentes de información para mejora de la busqueda de casos que cumplen definición operativa de caso para eventos de IRA, EDA, como lo es EEVV y SIVIGILA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.		
4	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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Gestión de la información de eventos 345, 346, 348, 591, 995 y 998, en donde se revisa la calidad de la notificación al aplicativo SIVIGILA 4.0 realizando solicitud de ajustes y retroalimentaciones a las UPGD para mejora de la calidad del dato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.		
5	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envío de informe semanal del comportamiento de la notificación de eventos colectivos 995 y 998. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.		
6	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión semanal de bases de EEVV, bases de laboratorio y calidad de notificación de evento s345, 346, 348, 995, 998 y 591, realizando solicitud de ajustes a las instituciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.		

7	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Fortalecimientos en la notificación para eventos de IRA a las instituciones que lo requieren. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
8	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envío de informe semanal del comportamiento de la notificación de eventos colectivos 995 y 998. Revisión semanal de bases de EEVV, bases de laboratorio y calidad de notificación de evento s345, 346, 348, 995, 998 y 591, realizando solicitud de ajustes a las instituciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
9	1. OBLIGACIÓN: 9. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Fortalecimientos en la notificación para eventos de IRA a las instituciones que lo requieren. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
10	1. OBLIGACIÓN: 10. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan articulaciones con diferentes componentes y espacios, dentro de ellos reunión de área, COVE Local, ACCEyS, mesa de infancia, en donde se socializan los indicadores de morbilidad por IRA; de igual forma, se realiza articulación con subcomponentes de vigilancia en salud pública para verificar diferentes fuentes de información para mejora de la búsqueda de casos que cumplen definición operativa de caso para eventos de IRA, EDA, como lo es EEVV y SIVIGILA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
11	1. OBLIGACIÓN: 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se generan soportes físicos, los soportes magnéticos generados reposan en la ruta del servidor relacionada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
12	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan articulaciones con diferentes componentes y espacios, dentro de ellos reunión de área, COVE Local, ACCEyS, mesa de infancia, en donde se socializan los indicadores de morbilidad por IRA; de igual forma, se realiza articulación con subcomponentes de vigilancia en salud pública para verificar diferentes fuentes de información para mejora de la búsqueda de casos que cumplen definición operativa de caso para eventos de IRA, EDA, como lo es EEVV y SIVIGILA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
13	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: A espera de retroalimentación por parte del grupo auditor de los productos generados. Todos los soportes para auditoría se encuentran en la ruta relacionada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.
14	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se asiste a reuniones programadas por parte de supervisor de contrato, asistencia a reunión de área, reunión de equipo, reunión de socialización de lineamientos, Asistencia a mesa de sigvila - transmisibles, articulación con GPAIS, ACCEyS, asistencia a COVE Local. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_TRANSMISIBLES\PRODUCTOS_GESTION_4.IRA_EDA_COVID.

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 **01/09/2025** al **30/09/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89785091	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	\$ 359.400
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$ 460.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$ 70.100
OTRO	CCF COMPENSAR	11/09/2025	\$ 57.500
TOTAL PAGADO			\$ 947.000

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

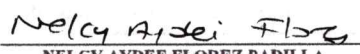
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA


YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ
CC: 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 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:	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		(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 Simple de Tributación.		SI () NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 488416006002
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO		
N° DEL CONTRATO:	PS 4993 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO \$ 5.396.904
FECHA DE INICIO CONTRATO	07/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025	
		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YODY ZORAIDA ORTIZ ORTIZ		
CC:	1.072.618.331	
CEL:	3153542371	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
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	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

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	89785091	\$949.000

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	359.400	0		0		0	3	700	0	360.100	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	800224808-8	460.000	0	0	0	0	3	900	0	460.900	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
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	70.100				70.100	3	200	70.300			701
													70.300
													1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.500	3	200	57.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	359.400	360.100
Pensión	1	460.000	460.900
Riesgos Laborales	1	70.100	70.300
CCF	1	57.500	57.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	947.000	949.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	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	89785091	\$949.000

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																	
No.	Tip	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contrato	Religión	Extranjero	Otros valores	Extranjero	IAS	RET	TSE	TAF	TSP	TSA	VOT	SLN	NSI	LMA	VAC	ATP	YCT	IRE	CORRECCIÓN	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	1072618331	ORTIZ ORTIZ YODY ZORAIDA	59	0			N																230301	2.874.438	480.000	0	0	0	0	EP6008	2.874.438	369.400	14-11	2.874.438	3	70.100	CCF24	2.874.438	57.500	0	0	0	0	0

PAGADA



Yody Ortiz <zori1525@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1769480017

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

11 de septiembre de 2025, 12:03



¡Hola, Yody Zoraida Ortiz Ortiz!

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 949.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 11/09/2025

CUS: 1769480017

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.