



**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**

**JOHANA CAROLINA DIAZ DIAZ**

**CON CC: N° 52,770,556**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4165 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**01/01/2025**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

**\$ 14,762,688**

**No. HORAS EJECUTADAS**

**37**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

**\$ 24,656,174**

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

**\$ 510,711**

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

**8 MESES 29 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**

**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: VERIFICACION DE CORREO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA ACTUALIZACION DE APLICATIVO SIVIGILA DC CON LOS AJUSTES SOLICITADOS POR SDS DAR RESPUESTA A SOLICITUDES REALIZADAS POR PARTE DE LIDER OPERATIVO DE SALUD MENTAL O POR REFERENTE SUBSISTEMA SISVECOS ORGANIZACIÓN DE CARPETAS SALUD MENTAL SISVECOS CIERRE DE EVENTOS EFECTIVOS Y FALLIDOS EN APLICATIVO SIVIGILA DC</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025\250_46.3IEC2. SISVECOS  <a href="https://sivigila.saludcapital.gov.co/SIVIGILADC/Login.aspx">https://sivigila.saludcapital.gov.co/SIVIGILADC/Login.aspx</a>            Correo Electronico: epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ENTREGA DE PLAN DE TRABAJO DE EJECUCIÓN DE LA OPS DEL MES DE AGOSTO Y PROYECCION DEL MES DE SEPTIEMBRE 2025</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): <a href="https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givpscentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B00F92899-0696-44F1-8C19-7E693AE2CC32%7D&amp;file=CRONO_AGOSTO_2025.xslm&amp;action=default&amp;mobiledirect=true&amp;DefaultItemOpen=1&amp;web=1">https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givpscentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B00F92899-0696-44F1-8C19-7E693AE2CC32%7D&amp;file=CRONO_AGOSTO_2025.xslm&amp;action=default&amp;mobiledirect=true&amp;DefaultItemOpen=1&amp;web=1</a></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: GARANTIZAR EL 100% DE LA CONCORDANCIA DE LA NOTIFICACION FISICA DE SALUD MENTAL SISVECO VERSUS EL APLICATIVO SIVIGILA DC SUBSISTEMA SISVECOS</p> <p>GENERAR INFORMACION RESPECTO AL PROCESO DE NOTIFICACION DE UPGD Y UI, COMO INSUMO PARA EL PROCESO DE ASISTENCIAS TECNICAS</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): REVISIÓN DE CASOS ENVIADOS POR UPGD, UI Y ENTIDADES QUE REALIZAN REPORTES PARA SALUD MENTAL DE LOS EVENTOS SIVIM, VESPA, SISVECOS Y SIVELCE POR MEDIO DEL CORREO <a href="mailto:epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co">epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co</a>, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA NOTIFICACIÓN</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: APOYO DE SOLICITUDES DE INFORMACION REQUERIDAS DESDE NIVEL LOCAL Y CENTRAL; GENERAR ARTICULACION Y SER APOYO CON EL TALENTO HUMANO DISPUESTO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS Y PRIVADAS A UPGD Y UI DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL CON EL FIN DE REALIZAR ENTREGA DE LAS NOVEDADES DE CADA UPGD EN EL PROCESO DE NOTIFICACION DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL, PERTENENCIA, CALIDAD Y FLUJO DE INFORMACION SEGUN BASE DE DATOS DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL</p> <p>CAPACITACIONES SOLICITADAS POR LAS UPGD PARA EL INGRESO DEL SIVIGILA DC</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): CORREO ELECTRONICO AL REFERENTE DEL SUBSISTEMA CON SOPORTES DE LA FICHA DE CAPTURA ENVIADA POR UPGD Y JUSTIFICACIONES DE AJUSTES.            \\172.26.33.40\Sivigila2025\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\9.NOTIFICACION_UPGD</p>
5	<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: CRUCES REALIZADOS A LOS EVENTOS 356 365, LOS CUALES DEBEN SER ENVIADOS SEMANALMENTE Y ENVIADO A SDS A LOS CORREOS <a href="mailto:LMTobar@saludcapital.gov.co">LMTobar@saludcapital.gov.co</a> y <a href="mailto:a1salas@saludcapital.gov.co">a1salas@saludcapital.gov.co</a></p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\3.CRUCES_SUBSISTEMAS</p>

6	<p>1. OBLIGACIÓN: REALIZAR LA REVISIÓN (PRECRÍTICA) A LOS FORMATOS Y/O FICHAS DE CAPTURA ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y DOCUMENTOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA ORGANIZACIÓN DIARIA DE EVENTOS REPORTADOS DESDE UPGD Y UI DE SALUD MENTAL; SE REALIZA ORGANIZACIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL GENERADAS POR IEC DEL SUBSISTEMA SISVECOS; GENERACIÓN ORGANIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE FUID PARA SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025\S250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\9.NOTIFICACION_UPGD \\172.26.33.40\Sivigila2025\S250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\2. ADMINISTRATIVA</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: REALIZAR DEPURACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y/O CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS, DOCUMENTOS Y/O INFORMES GENERADOS POR LAS ACCIONES O INTERVENCIONES DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES, GARANTIZANDO LA CALIDAD, OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, CONSISTENCIAS Y VERACIDAD</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: AJUSTES Y DEPURACION DE LA BASE DE DATOS SUBSISTEMA SISVECOS SEGUN GUIA DE DEPURACION Y OTROS FILTROS SOCIALIZADOS DESDE NIVEL CENTRAL. ENVIADO SEMANALMENTE A LOS CORREOS LMTobar@saludcapital.gov.co y alsalas@saludcapital.gov.co</p> <p>DEPURACION DE LA BASE DE DATOS DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL SEGUN RESULTADOS DE LA IEC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025\S250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\4.DEPURACION_SUBSISTEMAS</p>
8	<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: ASISTENCIA A REUNIONES Y PARTICIPACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA EN TEMÁTICAS RELACIONADAS CON SALUD PÚBLICA, LOS CUALES HACEN PARTE DE PSPIC. ASISTENCIA A REUNIÓN DE ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS FIRMADAS</p>
9	<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: 1. GARANTIZAR EL 100% DE LA CONCORDANCIA DE LA NOTIFICACION DIGITAL VERSUS EL APLICATIVO SIVIGILA DC;</p> <p>2. GENERAR INFORMACION RESPECTO AL PROCESO DE NOTIFICACION DE UPGD</p> <p>3. REALIZACION DE AJUSTES SOLICITADOS POR CADA PROFESIONAL A IEC EFECTIVAS DEL SUBSISTEMA SISVECOS DEL MES FACTURADO Y POR REFERENTE DE SUBSISTEMA SISVECOS</p> <p>4. SE GARANTIZA LA ENTREGA DE PRODUCTOS EN LAS FECHAS ESTIPULADAS</p> <p>5. ENVIO DE CRUCE DE INFORMACION DE LOS EVENTOS 356 365 LOS DIAS VIERNES</p> <p>6. VERIFICACION DEL PROCESO DE DIGITACION DE MANERA CONTINUA Y OPORTUNIDAD DEL INGRESO DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025\S250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\9.NOTIFICACION_UPGD \\172.26.33.40\Sivigila2025\S250_46_3IEC\2. SISVECOS <a href="https://sivigila.saludcapital.gov.co/SIVIGILADC/Login.aspx">https://sivigila.saludcapital.gov.co/SIVIGILADC/Login.aspx</a></p>
10	<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: REALIZAR LAS DIFERENTES ACTIVIDADES SOLICITADAS POR LOS REFERENTES O LIDERES DE LOS DEMAS SUBSISTEMAS DISPONIBILIDAD DE ACUERDO A CRONOGRAMA</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): POR MEDIO DE ACTAS SOLICITADAS SE RECIBEN LOS PRODUCTOS</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 01/08/2025 al 31/08/2025

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	88583070	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	15/08/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/08/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/08/2025	\$ 34,700
OTRO	CCF CAFAM	15/08/2025	\$ 28,500
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 469,000</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 SMMMLV (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

  
JOHANA CAROLINA DIAZ DIAZ  
CC: 52770556

FIRMA DE QUIEN VALIDA

  
ANA MILENA ORREGO VEGA  
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:	JOHANA CAROLINA DIAZ DIAZ	CC:	52,770,556
CORREO ELECTRÓNICO:	<a href="mailto:jovanitadiaz@gmail.com">jovanitadiaz@gmail.com</a>	TELÉFONO:	3123712177
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 32 33 99 TO 22 AP 203	CIUDAD:	SOACHA

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	074131608
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4165 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 510,711
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHANA CAROLINA DIAZ DIAZ

CC: 52,770,556  
CEL: 3123712177

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52770556	JOHANA CAROLINA DIAZ DIAZ		KR 32 33 99 TO 22 AP 203	9032193	jovanitadiaz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88583070	\$469.600	

### 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	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	1	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	28.500	1	100	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>469.000</b>	<b>469.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52770556	JOHANA CAROLINA DIAZ DIAZ		KR 32 33 99 TO 22 AP 203	9032193	jovanitdiaz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88583070	\$469.600	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Budape	Extremadura	Colom. exterior	Extranjero	IMP	RET	UPC	IAS	TAP	TAP	VMP	VET	BLH	ISE	MAC	AVP	VCT	IRL	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	52770556	DIAZ DIAZ JOHANA CAROLINA	38	D																			25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EP6017	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

# PAGADA



johana diaz <jovanitadiaz@gmail.com>

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 1703269069**

1 mensaje

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

15 de agosto de 2025, 11:35



¡Hola, johana carolina diaz diaz!

Estado de la Transacción: **Aprobada **

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor: \$ 469.600**

**Empresa:** COMPENSAR-OI

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






**Fecha de la transacción:** 15/08/2025

**CUS:** 1703269069

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.