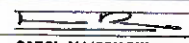
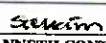
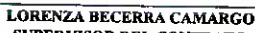


| <div>  <div>           SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br/>           APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>           FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN         </div> <div>           CÓDIGO: AP-IA-FT-977 VERSIÓN: 2<br/>           FECHA: 2025-06-09         </div> </div>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
| CAROL ALLISON DIMATE CORTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
| CON C.C.N° 52.231.769                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR     |                                                                                                                                                  |                  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PS 4740 2025                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                  |
| FECHA INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 10/02/2025                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 4.920.528                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                  |
| No. HORAS EJECUTADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 224                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 21.900.347                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |                  |
| VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ 3.092.096                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                  |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEIS (6) MESES Y VEINTE (20) DIAS                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                  |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                  |                  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                  |                  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBSERVACIÓN 1 COBRO DE 40 HORAS ADICIONALES DE SEPTIEMBRE POR UNA VALOR DE \$ 552.160                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBSERVACIÓN 2: COBRO DE 184 HORAS REGULARES DEL MES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$ 2.539.936                                                                                                                            |                                                                                                                                                  |                  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | REALIZAR ABORDAJE DE LAS MANZANAS CARGADAS POR EL COMPONENTE GEOGRÁFICO Y DAR RESPUESTA DE LAS MISMAS EN EL APLICATIVO                                                                                                    |                                                                                                                                                  |                  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ABORDAJE Y CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 121 LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL BARRIO ATENAS                                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | IDENTIFICAR DENTRO DE LA CARACTERIZACIÓN FAMILIAR LOS RIESGO EN SALUD POR LOS CUALES SE DEBE GENERAR RESPUESTA                                                                                                            |                                                                                                                                                  |                  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | GENERAR DERIVACIONES DE LOS RIESGO EN SALUD IDENTIFICADOS EN LOS ENTORNOS Y EAPB QUE SE IDENTIFIQUEN                                                                                                                      |                                                                                                                                                  |                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ASISTIR A LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN AGENDADAS POR EL EQUIPO EBEH                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                  |                  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ASISTIR A LAS REUNIONES AGENDADAS POR EL PROFESIONAL DE APOYO DE EBEH                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |                  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | REALIZAR PROCESOS ADMINISTRATIVOS COMO EL CRONOGRAMA DIARIO                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                  |                  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | REALIZAR PROCESOS ADMINISTRATIVOS SOBRE LA REVISIÓN DE ARCHIVOS PLANOS ENVIADOS POR EL ENTORNO EBEH                                                                                                                       |                                                                                                                                                  |                  |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
| SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9491067959                                                                                                                                                                                                                | OPERADOR:                                                                                                                                        | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE PAGO                                                                                                                                    | VALOR            |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COMPENSAR                                                                                                                                                                                                                 | 15/09/2025                                                                                                                                       | \$ 178.000       |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                              | 15/09/2025                                                                                                                                       | \$ 227.800       |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SURA                                                                                                                                                                                                                      | 15/09/2025                                                                                                                                       | \$ 34.700        |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  | \$ 440.500       |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
| 1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro<br>2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo 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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           | <br>CAROL ALLISON DIMATE CORTES<br>CC No 52231769            |                  |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | <br>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA<br>SUPERVISOR ALTERNO |                  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           | <br>LORENZA BECERRA CAMARGO<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO       |                  |



| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                                  |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                                  |                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CAROL ALLISON DIMATE CORTES | CC:                                              | 52231769                   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | caroldimate2019@gmail.com   | TELÉFONO:                                        | 3132944189                 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | KR 6A 49D 33 SUR AP 202     | CIUDAD:                                          | BOGOTA                     |
| 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                          | Nº CUENTA: 550002100121801 |
| DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                                                  |                            |
| Nº DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 4740 2025                | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.092.096               |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10/02/2025                  | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 30/09/2025                 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 01/09/2025 AL 30/09/2025    |                                                  |                            |
| <br>CAROL ALLISON DIMATE CORTES<br>C.C 52231769<br>Cel: 3132944189                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                                  |                            |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                    |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 52231769                   |    | DINAMTE CORTES CAROL ALLISON | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Via 4ta 494 33 sur | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 7603709  |                       |    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |            |            |          |            |            |       |           |           |  |
|-----------------------------------|------------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|-----------|--|
| Periodo                           | Clave      | Planilla   | Tipo     | Fecha      | Pago       | Banco | Días Mora | Valor     |  |
| Pensión                           | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       |       |           |           |  |
| 2025-08                           | 1776561462 | 9491067959 | I        | 2025/09/15 | 2025/09/15 | NEQUI | 0         | \$440,500 |  |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |               |        |         |             |           |        |       |             |           |        |      |     |        |        |         |             |          |        |              |     |        |  |
|-------------------------------------------------|----------------|---------------|--------|---------|-------------|-----------|--------|-------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|---------|-------------|----------|--------|--------------|-----|--------|--|
| EMPLEADO                                        |                |               |        | PENSION |             |           |        | SALUD |             |           |        | CCF  |     |        |        | RIESGOS |             |          |        | PARAFISCALES |     |        |  |
| No.                                             | Identificación | Nombres       | Código | Días    | IBC         | Aporte    | Código | Días  | IBC         | Aporte    | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días    | IBC         | Aporte   | Código | Días         | IBC | Aporte |  |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |               |        |         |             |           |        |       |             |           |        |      |     |        |        |         |             |          |        |              |     |        |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |               |        |         | \$1,423,500 | \$227,800 |        |       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$0         | \$0      |        |              | \$0 | \$0    |  |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados) |                |               |        |         | \$1,423,500 | \$227,800 |        |       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$0         | \$0      |        |              | \$0 | \$0    |  |
| 1                                               | CC 52231769    | DINAMTE CAROL | 230301 | 30      | \$1,423,500 | \$227,800 | IP5000 | 30    | \$1,423,500 | \$178,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-7   | 30      | \$1,423,500 | \$34,700 |        |              | \$0 | \$0    |  |
| <b>Total Afiliados( 1)</b>                      |                |               |        |         | \$1,423,500 | \$227,800 |        |       | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$1,423,500 | \$34,700 |        |              | \$0 | \$0    |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                   |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección         | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 5231769                    |    | DIMATE CORTES CAROL ALLISON | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 6a #43 33 sur | BOGOTÁ-BOCOTA D.E.  | 7405789  |                       |    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |            |            |          |      |            |            |       |       |           |
|-----------------------------------|------------|------------|----------|------|------------|------------|-------|-------|-----------|
| Periodo                           | Clave      | Planilla   | Planilla | Tipo | Fecha      | Limite     | Pago  | Banco | Valor     |
| 2025-08                           | 1776561462 | 9491067959 |          | 1    | 2025/09/15 | 2025/09/15 | NEQUI |       | \$440,500 |

| RESUMEN DE PAGO          |  |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   |  | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |  |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
| PORVENIR                 |  | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |  |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
| SEGUROS BOLIVAR          |  | 14-7   | 860,002,503 | 2  | 1         | \$34,700        | \$0            | \$0                    | \$34,700      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |  |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
| COMPENSAR                |  | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| TOTAL                    |  |        |             |    | 1         | \$440,500       | \$0            | \$0                    | \$440,500     |



# Nequi

## Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

17 de septiembre de 2025 a las 6:23  
a. m.

CUS

1783083698

¿Cuánto?

\$ 512.900,00

Factura de comercio

89003678

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

