

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO			CC:	1193145835
CORREO ELECTRÓNICO:	alisonriscaveno5@gmail.com			TELÉFONO:	3228232249
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54B SUR 77 29			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91277453016
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6177 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.448.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO PS_6177_2025_D1011F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO CC: 1193145835 CEL: 3228232249					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO

CON C.C N°1.193.145.835

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO 2230116/2023 ENTERRITORIO
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6177 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$3.836.140	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	-------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$8.733.340	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.448.600
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA
------------------------	--------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	Obligación 1: REALIZAR LA PROMOCIÓN, OFERTA DE SERVICIOS DE PRUEBAS DE VIH Y ENTREGA DE INFORMACIÓN RELACIONADA A LA POBLACIÓN CLAVE (HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH), PERSONAS TRANSGÉNERO (TRANS), PERSONAS QUE EJERCEN TRABAJO SEXUAL (TS) Y MIGRANTES VENEZOLANOS), EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SU ÁREA CONURBADA, BAJO CONDICIONES DE CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS, CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCIÓN 1314 DE 2020). 1.1 Actividades desarrolladas: En el mes se realizan acciones del proyecto realizando recorridos en los cuales se realiza el respectivo mapeo con el fin de ubicar personas pertenecientes a las respectivas poblaciones objetivo de proyecto y localizar los lugares de socializacion de las mismas ,con el fin de llegar y ofertar la prueba, realizarla y brindar la información necesaria para mantener las buenas prácticas durante el periodo asesoría de las personas interesadas en realizarla, bajo condiciones de confidencialidad y manejo de residuos, cumpliendo con la normatividad vigente 1.2 Productos (evidencias): asistencia al 100% de las reuniones semanales con firma de acta y toma de pruebas rápidas de VIH entrega de formatos físicos los días lunes y jueves de cada semana.
---	---

2	Obligación 2: PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICAS METODOLÓGICAS DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO. 2.1 Actividades desarrolladas: Se construyeron fichas metodológicas para las actividades del convenio y se cumple a cabalidad con estas. 2.2 Productos (evidencias): fichas mitológicas realizadas y acta de asistencia.
---	---

3	Obligación 3: ASISTIR AL 100% DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA COORDINACIÓN DEL CONVENIO, QUE INCLUYEN: JORNADAS DE PLANEACIÓN, ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS, ENTREGA DE INVENTARIOS, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE SUPERVISIÓN, ENTREGA DE FORMATOS SISCOSSR Y RETROALIMENTACIÓN DE AJUSTES. 3.1 Actividades desarrolladas: Se asiste los días 4, 10, 17 y 24 de noviembre de 2025 a las reuniones de equipo para planeación y asistencia técnica por parte de la coordinación del proyecto, recolección de insumos, entrega de formatos de las actividades realizadas durante la semana y salida a campo. 3.2 Productos (evidencias): asistencia al 100% de las reuniones con firma de acta semanal, recolección de insumos de manera semanal con firma de formato entrega de insumos y entrega de formatos para cargue en SISCOSSR los días lunes y jueves de cada semana, se firma formato de entrega.
---	--

4	Obligación 4: ASISTIR AL 100% DE LAS JORNADAS INCLUIDAS EN EL CRONOGRAMA, PARA LA ENTREGA DE PAQUETES DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y OFERTA DE PRUEBAS DE VIH. 4.1 Actividades desarrolladas: se realizan actividades llevando acabo acciones de movilizacion social para la oferta de asesorias y pruebas rapidas de VIH a ala identificacion y adopcion de comportamientos seguros, se relaizan recorridos a los que se an asisitido en las actividades programadas en las diferentes localidades que pertenecen en la atencion de la sub red Centro Oriente por la cordinacion del convenio como lo dicta las partes contratantes en cada actividad realizada durante el mes se hace entrega de los paquetes de prevención, que constan de 9 condones y 1 lubricante, para (INM-HSH) y 18 condones y 1 lubricante para 8TS-TRANS). Esto como forma de incentivar la toma de la prueba rápida y de promocionar su uso como método de prevención 4.2 producto (evidencia): se asiste a las jornadas, cada una de ellas con su registro fotografico de manera diaria, entrega de formatos fisicos de cada actividad
---	--

5	Obligación 5: ACOMPAÑAR LOS PROCESOS DE AGENDAMIENTO Y PROMOCIÓN DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN HABILITADOS EN LA CIUDAD PARA LA OFERTA DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE VIH. 5.1 Actividades desarrolladas: Se realiza difusión de las piezas comunicativas de Noviembre realizadas y enviadas por Enterritorio para la promoción de actividades y puntos de atención en la ciudad de Bogotá y la subred Centro Oriente, estas piezas se comparten en grupos de WhatsApp de las poblaciones claves, aplicaciones como Grinder, Instagram y líderes comunitarios en los territorios. Y se direcciona al equipo psicosocial para agendamiento o en la aplicación de Cuidamos.com para cita de atención. 5.2 Productos (evidencias): Difusión de la piezas comunicativas y entrega de código QR para agendamiento de los servicios.
6	Obligación 6: BRINDAR INFORMACIÓN RELACIONADA PREVIO A LA TOMA Y LECTURA DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH. 6.1 Actividades desarrolladas: Durante las actividades realizadas en el mes de Noviembre se realizó asesoría antes y después de la prueba rápida rápida a todas las personas atendidas, esta asesoría compete a: a) Inducción a prueba rápida para VIH, b) Resultado de la prueba c) prevención de ITS como uso del condón, lubricante y prácticas sexuales seguras d) Rutas de atención y canalización de casos al equipo psicosocial para atención en EPS u organizaciones de apoyo. 6.2 Productos (evidencias): Entrega de formatos físicos que comprende consentimiento informado y resultado de la prueba rápida de VIH.
7	Obligación 7: TOMA Y LECTURA DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH A POBLACIÓN CLAVE DE ACUERDO CON EL ALGORITMO DIAGNÓSTICO VIGENTE EN EL PAÍS. 7.1 Actividades desarrolladas: Durante las actividades realizadas en el mes de Noviembre se realizó toma y lectura de prueba rápida de VIH a población clave siguiendo el protocolo de la guía de práctica clínica ente el algoritmo diagnóstico vigente establecido por el Ministerio de Salud. 7.2 Productos (evidencias): Entrega de formatos físicos y registro fotográfico de pruebas reactivas.
8	Obligación 8: GARANTIZAR LA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, TANTO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS COMO PARA EL SEGUIMIENTO DEL USUARIO EN CASO DE TENER DIAGNÓSTICO POSITIVO. 8.1 Actividades desarrolladas: Durante el mes de Noviembre en las actividades realizadas se garantizó el cumplimiento del protocolo de atención para el diligenciamiento del consentimiento informado establecido por el Ministerio de Salud ante la atención para la toma de Prueba rápida rápida de VIH. Garantizando en el consentimiento el procedimiento a realizar, la custodia del resultado de la prueba y la canalización a otros servicios sociales si se requiere. Estos consentimientos se resguardan en el archivo físico del proyecto y en el sistema SISCO diligenciado por el equipo administrativo encargado. 8.2 Productos (evidencias): Entrega de formatos físicos con firma y datos del usuario.
9	Obligación 9: MANEJO ADECUADO DE LOS RESIDUOS BIOLÓGICOS SEGÚN LINEAMIENTOS DE LA SUBRED. 9.1 Actividades desarrolladas: Se realiza manejo y entrega adecuada de los residuos biológicos según protocolo recibido durante inducción por la subred Centro Oriente. Estos residuos se caracterizan por lancetas, caset de la prueba, isopañiles, guantes, capilares, cada uno establecido en su recolector establecido y entregados al equipo encargado en el CAPS Samper Mendoza. 9.2 Productos (evidencias): se realiza entrega de residuos biológicos bolsa roja y guardián en Centro de Salud Samper Mendoza debidamente rotulado y sellado.
10	Obligación 10: ADOPTAR LAS ESTRATEGIAS NECESARIAS PARA CONSTATAR QUE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO SUMINISTRADA POR EL USUARIO SEA CORRECTA. 10.1 Actividades desarrolladas: Se solicita a cada usuario documento físico para su validación, en caso de usuarios reactivos se valida número telefónico al momento de la atención. 10.2 Productos (evidencias): Para casos reactivos se envía registro fotográfico del documento de identidad del usuario.
11	Obligación 11: ADOPTAR ESTRATEGIAS QUE REDUZCAN LA PROBABILIDAD DE REPETICIÓN DE PERSONAS ALCANZADAS EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH, REALIZAR VERIFICACIÓN DEL DRIVE. 11.1 Actividades desarrolladas: Se sigue direccionamiento brindado por Enterritorio y la coordinación del proyecto en la verificación de la base de datos antes de la prueba rápida para la no repetición de usuarios, no obstante, se orienta la población a otros puntos de atención en la ciudad, a otros programas de la subred Centro Oriente y Organizaciones de Base Comunitarias. 11.2 Productos (evidencias): se realiza envió de documentos de los usuarios atendidos en cada jornada de forma diaria para alimentación del validador.
12	Obligación 12: DILIGENCIAR ADECUADAMENTE LOS FORMATOS DEFINIDOS POR ENTERRITORIO 12.1 Actividades desarrolladas: Se realiza diligenciamiento adecuado y legibles a los formatos establecidos para las atenciones de la población en las actividades, estos formaos corresponden al consentimiento informado, Reporte de SIVIGILA, Formato de entrega de Auto test y paquete de prevención. 12.2 Productos (evidencias): Estos formatos son entregados el equipo administrativo encargado para su revisión y custodia en el archivo del programa.
13	Obligación 13: PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS. 13.1 Actividades desarrolladas: se realiza asistencia a las reuniones semanales para elaboración de cronograma y planeación de actividades. 13.2 Productos (evidencias): Asistencia a reuniones y firma de acta semanal.
14	Obligación 14: CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS INSUMOS SUMINISTRADOS POR ENTERRITORIO. 14.1 Actividades desarrolladas: Cumplí con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por Enterritorio. 14.2 Productos (evidencias): se realizó 100% del cumplimiento de los lineamientos establecidos.
15	Obligación 15: REALIZAR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DE LOS ELEMENTOS VISIBILIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN (CHALECOS, CARNÉ, ETC.) SUMINISTRADOS POR ENTERRITORIO. 15.1 Actividades desarrolladas: Se realiza el uso adecuado y responsable de los elementos visibilizarían e identificación (chalecos, carné, etc.) suministrados por Enterritorio 15.2 Productos (evidencias): Uso adecuado de los elementos de identificación.
	Obligación 16: CUSTODIAR LOS FORMATOS FÍSICOS Y BASE (S) DE DATOS DE LOS PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES, EN TÉRMINOS DE CONFIDENCIALIDAD EN EL MARCO DEL CONVENIO. 16.1 Actividades desarrolladas: Se custodian los formatos físicos y bases de datos de los participantes en actividades, en términos de

16	confidencialidad en el marco del convenio. 16.2 Productos (evidencias): Se realiza entrega de formatos físicos.		
17	Obligación 17: DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LES SEAN RECOMENDADAS Y CONTRIBUYAN AL LOGRO DE LAS METAS DEL PROYECTO. 17.1 Actividades desarrolladas: Asistencia al 100% de las actividades programadas en el cronograma. 17.2 Productos (evidencias): Registro fotográfico de cada una de las actividades		
18	Obligación 18: PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES Y OTRAS REUNIONES DE TIPO TÉCNICO-CIENTÍFICAS O ADMINISTRATIVAS A LAS QUE SEA INVITADO POR PARTE DE ENTERRITORIO. 18.1 Actividades desarrolladas: se realiza asistencia a cada una de las reuniones y capacitaciones programadas. 18.2 Productos (evidencias): soporte acta de asistencia a reunión con su respectiva firma.		
19	Obligación 19: APOYAR EN LA FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS LOCALES PARA EL ABORDAJE A POBLACIÓN CLAVE Y PARA MEJORAR EL SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS CASOS ENCONTRADOS COMO POSITIVOS Y QUE FUERON CANALIZADOS PARA TRATAMIENTO. 19.1 Actividades desarrolladas: Se apoya la elaboración de estrategias para la adherencia al tratamiento de los usuarios reactivos. 19.2 Productos (evidencias): Se corrobora la información de numero de telefónico y WhatsApp de los usuarios reactivos.		
20	Obligación 20: INFORMAR A LOS USUARIOS SOBRE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN COMBINADA Y RUTAS PARA SU ACCESO IDENTIFICADAS EN LA CIUDAD. 20.1 Actividades desarrolladas: Se brinda asesoría, entrega de piezas comunicativas y se comparte caja de herramientas de Enterritorio. 20.2 Productos (evidencias): Entrega de información individual a cada usuario.		
21	Obligación 21: BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE ENCUESTAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIH Y ACOMPAÑAR EN SU DILIGENCIAMIENTO A LOS USUARIOS QUE LO REQUIERAN. 21.1 Actividades desarrolladas: se realiza entrega de encuestas y se realiza acompañamiento frente al diligenciamiento de las mismas. 21.2 Productos (evidencias): Acompañamiento a los usuarios frente al diligenciamiento.		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90928578	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO
PS_6177_2025_D1011F

ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO
CC: 1193145835

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JOHN MARIO GAMA GONZALEZ
PS_6177_2025_D1011F

JOHN MARIO GAMA GONZALEZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



ANA MARGARET RABA SIERRA
PS_6177_2025_D1011F

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	90928578	\$441.500	

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	3	400	0	178.400	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	3	500	0	228.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	3	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

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	178.000	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1193145835	ALISON MAYERLINE RISCANEVO RISCANEVO		Diagonal 63 #18i 16 sur	7920438	alisonriscanevo5@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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	90928578	\$441.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VAC	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	1193145835	RISCANEVO RISCANEVO ALISON MAYERLINE	59	0		N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Alison Mayerline Riscanevo Riscanevo!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 441.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 13/11/2025

CUS: 1927332674

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 contactara para solicitarte informacion personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:



En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5



Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial



[e contratos](#) → Ver contrato

Cancelar

< Evaluacion de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecucion del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepcion de articulos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ SI ☒ No

ID de pago	Numero de factura	Fecha de emision	Fecha de recepcion	Valor total de la factura	Estado		
No existen resultados que cumplan con los criterios de busqueda especificados							

Crear

Documentos de ejecucion del contrato

	Descripcion	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 6176 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPT 2025.pdfpdf	PS 6176 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPT 2025.pdfpdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6177 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6177 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 6177 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdfpdf	PS 6177 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdfpdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6177 2025 CUENTA DE COBRO octubre.pdfpdf	PS 6177 2025 CUENTA DE COBRO octubre.pdfpdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluacion de la Entidad Estatal >