**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: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ** | | | **CC:** | **1033730569** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **mvz.liliana1991@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3002266842** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 52F SUR 24C 41** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488416612262** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7027 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.127.200** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31** | | | | |

*LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ*
*PS_7027_2025_4D1B88*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ**
**CC: 1033730569**
**CEL: 3002266842**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.033.730.569** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA VETERINARIA 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 7027 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.127.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 25.574.400 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.127.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. OBLIGACIÓN1 : 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.<br>1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar procedimientos como líder operativo del componente de vacunación de la línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico<br>1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Informes, kardex, formatos de seguimiento y acompañamiento de personal de campo. |
| 2 | 2. OBLIGACIÓN2 : Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cronograma de actividades del componente de vacunación de la línea de intervención de Eventos Transmisibles de Origen zoonótico<br>2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico |
| 3 | 3. OBLIGACIÓN 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades correspondientes al objeto del contrato de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Secretaria de Salud<br>3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos en físico de actas de seguimiento de funcionarios realizados en campo. |
| 4 | 4. OBLIGACIÓN 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.<br>4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área<br>4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación. |
| 5 | OBLIGACIÓN 5: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred.<br>5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimientos en campo a las actividades desarrolladas por el equipo de vacunación.<br>Realizar procedimientos de capacitación al personal de acuerdo con temáticas de interés y lo evidenciado en las actividades de campo.<br>5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de asistencia a reuniones y procesos. |
| 6 | 6. OBLIGACIÓN 6: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura y apropiación de lineamientos de la línea de intervención de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico de la vigencia correspondiente.<br>6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de asistencia a reuniones y procesos. |
| 7 | 7. OBLIGACION 7: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.<br>7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas de acuerdo con las solicitudes realizadas<br>7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de asistencia a reuniones y procesos. |
| | 8. OBLIGACIÓN 8: Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y se soliciten en el proceso asignado.<br>8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización de informes periódicos de acuerdo con los requerimientos de la Secretaria Distrital de Salud y requerimientos propios de la subred. |

| | |
|---|---|
| 8 | 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de informes enviados. |
| 9 | 9. OBLIGACIÓN 9: Establecer los puntos de control para la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de la línea de intervención en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental, Gestión de la Salud Pública GSP y el Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC.<br>9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de vacunación de la línea de intervención de Eventos Transmisibles de Origen zoonótico<br>9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación. |
| 10 | 10. OBLIGACION 10: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Orientación, seguimiento, monitoreo y evaluación, en el cumplimiento de los lineamientos definidos por la SDS, en la ejecución de las actividades del programa de vacunación contra la rabia en perros y gatos.<br>10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de asistencia a reuniones y procesos<br>Programa de Vacunación contra la rabia en perros y gatos para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. |
| 11 | 11. OBLIGACIÓN 11: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO<br>11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO. |
| 12 | 12. OBLIGACIÓN 12: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental.<br>12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar verificación, seguimiento y custodia de soportes físicos de planillas de vacunación y de seguimientos de campo, informes y demás soportes. Mantener archivo de la línea de intervención actualizado.<br>12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas de vacunación antirrábica, informes, kardex, formatos de seguimiento y acompañamiento de personal de campo. |
| 13 | 13. OBLIGACION 13: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO<br>13.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO. |
| 14 | 14. OBLIGACIÓN 14: 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.<br>14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo, fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.<br>14.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo, fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. |
| 15 | 15. OBLIGACIÓN 15: 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<br>15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación y adherencia a las fichas técnicas por línea de intervención, documento operativo VSA y demás del componente, además del cumplimiento de las actividades relacionadas con el liderazgo técnico operativo de VSA<br>15.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE LAS ACTIVIDAES DEL LIDERAZGO OPERATIVO VSA. |

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 91964150 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/12/10 | $ 330.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/12/10 | $ 422.400 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/10 | $ 64.400 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 816.800 |

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 ningun 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 período correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ*<br>*PS_7027_2025_4D1B88*<br>**LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ**<br>**CC: 1033730569** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ*<br>*PS_7027_2025_4D1B88*<br>**JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_7027_2025_4D1B88*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1033730569 | LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ | CLL52FSUR #24C-41 | 7694362 | mvz.liliana1991@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 10/12/2025 | 91964150 | $832.700 | |

## 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 | 330.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 330.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 422.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 422.400 | 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 | 64.400 | | | | 64.400 | 0 | 0 | 64.400 | | | 644 | 64.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 15.900 | 0 | 0 | 15.900 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 330.000 | 330.000 |
| Pensión | 1 | 422.400 | 422.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 64.400 | 64.400 |
| CCF | 1 | 15.900 | 15.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 832.700 | 832.700 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1033730569 | LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ | | CLL52FSUR #24C-41 | 7694362 | mvz.liliana1991@gmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 10/12/2025 | 91964150 | $832.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1033730569 | GONZALEZ GONZALEZ LILIANA MARCELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.640.000 | 422.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.640.000 | 330.000 | 14-7 | 2.640.000 | 3 | 64.400 | CCF24 | 2.640.000 | 15.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1995964284**

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: mvz.liliana1991@gmail.com

10 de diciembre de 2025 a las 10:21

**¡Hola, Liliana González!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** $ 832.700

**Empresa:** COMPENSAR-OI

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

**Fecha de la transacción:** 10/12/2025

**CUS:** 1995964284

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta 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.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 7027 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 7027 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7027 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf | PS 7027 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7027 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7027 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >