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:	**JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ**			**CC:**	**49789036**
CORREO ELECTRÓNICO:	**yaidersaurith@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3146482934**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 55 SUR 24B 55**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**256800057083**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7213 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.483.200**
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**				

JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ
PS_7213_2025_63E8D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ
CC: 49789036
CEL: 3146482934

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ			
	CON C.C N°	**49.789.036**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN BACTERIOLOGIA 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 7213 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.483.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.439.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.483.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON		

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	1. Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas: Se ejecuta al 100 % con calidad y oportunidad la realización de búsquedas activas, el envío oportuno de los SITREP a la SDS y demás productos asignados durante la vigencia del contrato. 1.2 Producto (evidencia):172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
2	2. obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades desarrolladas: Diligenciar el cronograma de actividades correspondiente al mes de diciembre del año 2025, registrando de manera diaria las actividades ejecutadas. 2.2 Producto (evidencia): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BB8F21CF5-B815-4BB6-9505-0EBFE02B8520%7D&file=CRONO_DICIEMBRE_2025.xlsm&action=default&mobileredirect=true&wdOrigin=OUTLOOK-METAOS.FILEBROWSER
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. 3.1 Actividades desarrolladas: Se brindó apoyo a las actividades inherentes al objeto del contrato, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad de las acciones desarrolladas durante el mes, tales como la elaboración de tableros de control y la realización de intervenciones en las diferentes instituciones. 3.2 Producto (evidencia): 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/uye_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B2F2FF8D5-F3F7-4653-9EE2-B5535E074ADD%7D&file=12_TABLERO_CONTROL_DICIEMBRE.xlsx&action=default&mobileredirect=true
4	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. 4.1 Actividades desarrolladas: De acuerdo a notificación se realizan intervenciones de campo que requieran participación del equipo ERI, en las localidades de la subred centro oriente.4.2 Producto(evidencia): 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
5	5. 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. 5.1 Actividades desarrolladas: Asistencia a capacitaciones y/o reuniones que sean convocadas por líderes de VSP, SDS, o referentes distritales.5.2 Producto(evidencia): 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS1. GESTION_INFORMACION8. ESPACIOS12.DICIEMBRE
6	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. 6.1 Actividades desarrolladas: Asistencia a capacitaciones, fortalecimiento del Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI. 6.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION11. REUNIONES_AREA
	7. 7. Obligación:7. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES.7.1 Actividades desarrolladas: Realizar al 100% con calidad y oportunidad el envío a SDS de las actividades y productos asignados durante el tiempo del contrato. 7.2 Producto evidencia:

7	172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
8	8. 8. Obligación:8. REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN EL MARCO DEL MONITOREO DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR CONTAMINANTES DEL AIRE, EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN DE RESPUESTA SECTORIAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD Y DE LA VIGILANCIA DE SALUD AMBIENTAL DE LA LÍNEA DE AIRE, RUIDO Y RADIACIÓN ELECTROMAGNÉTICA Y CAMBIO CLIMÁTICO. 8.1 Actividades desarrolladas: De acuerdo a notificación se realizan intervenciones de campo que requieran participación del equipo ERI, en las localidades de la subred centro oriente.8.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
9	9. 9. Obligación:9. PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE PLANES DE ANÁLISIS, GUÍAS Y PROTOCOLOS DESDE EL COMPONENTE DE SALUD CON EL ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO PARA EL MEJORAMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA VIGILANCIA DE SALUD AMBIENTAL Y EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN DE RESPUESTA SECTORIAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD EN LAS TEMÁTICAS DE LA LÍNEA DE AIRE, RUIDO Y RADIACIÓN ELECTROMAGNÉTICA Y CAMBIO CLIMÁTICO. 9.1 Actividades desarrolladas: De acuerdo a notificación se realizan intervenciones de campo que requieran participación del equipo ERI, en las localidades de la Subred Centro Oriente. 9.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
10	. 10. Obligación 10: CONSOLIDAR Y ANALIZAR DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LA SUBRED, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD U OTRAS ENTIDADES O ACTORES QUE LO REQUIERAN. 10.1 Actividades desarrolladas: Se dejan los informes de los brotes con soportes completos con calidad en la ruta establecida para tal fin. 10.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
11	11. 11. Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Realizar procesos administrativos orientados a optimizar la gestión interna y mejorar la eficiencia en la atención y organización de las actividades administrativas. 11.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS
12	12. 12. Obligación 12. DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, PAI, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. 12.1 Actividades desarrolladas: Realizar canalización al equipo PAI de acuerdo a las necesidades identificadas durante las intervenciones. 12.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
13	13. 13. Obligación 13. EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 13.1 Actividades desarrolladas: se realiza al 100% con calidad y oportunidad el envío a SDS de las actividades y productos asignados durante el tiempo del contrato. 13.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE
14	14. 14. Obligación 14. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.14.1 Actividades desarrolladas: Realizar canalización al equipo PAI, búsquedas activas, de acuerdo a las necesidades identificadas durante las intervenciones. 14.2 Producto evidencia: 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_EMERGENCIAS2. ATENCION_UYE1.SOPORTE_VISITAS12.DICIEMBRE

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° 92263732	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	$ 418.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	$ 536.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/10	$ 81.600
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 1.036.300

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	*JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ* *PS_7213_2025_63E8D9* **JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ** **CC: 49789036**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GINA CONSUELO URREGO BELTRAN* *PS_7213_2025_63E8D9* **GINA CONSUELO URREGO BELTRAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_7213_2025_63E8D9* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **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	49789036	JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ	KR 4 ESTE 11 SUR 16	3146482934	yaidersaurith@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92263732	$1.036.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	418.700	0		0		0	0	0	0	418.700	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	536.000	0	0	0	0	0	0		536.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	81.600				81.600	0	0	81.600			816	81.600	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	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	418.700	418.700
Pensión	1	536.000	536.000
Riesgos Laborales	1	81.600	81.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.036.300	1.036.300

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	49789036	JAIDER ESTHER SAURITH NUÑEZ		KR 4 ESTE 11 SUR 16	3146482934	yaidersaurith@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92263732	$1.036.300	

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	Estornudo	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	49789036	SAURITH NUÑEZ JAIDER ESTHER	59	0			N								X								230301	3.349.520	536.000	0	0	0	0	EPS002	3.349.520	418.700	14-23	3.349.520	3	81.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail yaider saurith <yaidersaurith@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1996161562

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de diciembre de 2025 a las 11:10
Para: yaidersaurith@gmail.com

¡Hola, JAIDER!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 1.036.300

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/12/2025

CUS: 1996161562

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

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	PS_7213_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025 (1).pdf	PS_7213_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025 (1).pdf
☐	PS_7213_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7213_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_OCTUBRE_2
☐	PS_7213_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7213_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf

Cancelar