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:	**MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA**			**CC:**	**51593817**
CORREO ELECTRÓNICO:	**martorrc@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3108773507**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 26 7 38**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009300189249**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6888 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
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**				

MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA
PS_6888_2025_A1C1A3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA
CC: 51593817
CEL: 3108773507

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			
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA			
	CON C.C N°	**51.593.817**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 6888 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.780.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
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: En la localidad de Antonio Nariño se desarrollaron intervenciones orientadas al fortalecimiento de la Política Pública de Mujer y Equidad de Género, a través del Comité Operativo Local, donde se revisaron avances, barreras y compromisos. Desde la Unidad Técnica Administrativa se impulsaron acciones para consolidar la Política Pública LGBTI, enfocadas en el reconocimiento pleno de derechos y la promoción de prácticas inclusivas. De igual manera, se participó activamente en reuniones de equipo y en diversas actividades orientadas al fortalecimiento de conocimientos. Estos espacios permitieron el intercambio de experiencias, la actualización en lineamientos institucionales y la construcción colectiva de estrategias para mejorar la gestión territorial. 1.2 Productos (evidencias): Acta UTA LGBTI Antonio Nariño, diciembre 4 del 2025, Acta COLMYEG Antonio Nariño de diciembre 17 del 2025. Soporte de actividad del 11, del 13 y del 17 de diciembre de 2025. Actas de reuniones de equipo y de fortalecimiento de conocimientos.
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Se presentó el cronograma de implementación de las acciones desarrolladas en calidad de delegada de la Política Pública de Mujer y Equidad de Género y de la Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las Personas LGBTI durante el mes de diciembre de 2025. La actividad comprendió la gestión personal, la coordinación de acciones intersectoriales y el diligenciamiento de la matriz de seguimiento correspondiente a las semanas de gestión. 2.2 Producto: Se remitió el cronograma y se diligenció el drive de diciembre de 2025.
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 realizó el diligenciamiento del Anexo 1, correspondientes al seguimiento de las políticas públicas de Mujer y Equidad de Género y de la Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las Personas LGBTI durante el mes de diciembre, de manera permanente hasta el cierre del mes. Asimismo, se llevó a cabo el diligenciamiento del documento para el SEGPLAN correspondiente al mes de noviembre de 2025, garantizando el registro y la organización de las acciones desarrolladas. 3.2 productos: Anexo 1, mes de diciembre, SERPLAN mes de noviembre.
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: Como delegada de las Políticas de Mujer, Equidad de Género y LGBTI, se realizaron acciones de articulación y acompañamiento para fortalecer el trabajo en la localidad. Las actividades incluyeron coordinación con diferentes sectores, presentación de cronogramas y seguimiento de compromisos, además de jornadas de formación y sensibilización dirigidas a la comunidad. El objetivo fue asegurar la puesta en marcha de los lineamientos institucionales, promover prácticas inclusivas y responder a las prioridades locales en equidad y diversidad. 4.2 Productos: Actas de actividades realizadas en el mes de diciembre del 2025.
	Obligación 5: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, 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: Se realizaron acciones de articulación y acompañamiento para fortalecer la gestión territorial. Estas incluyeron coordinación intersectorial, presentación de cronogramas y jornadas de formación, con el objetivo de implementar lineamientos institucionales, promover prácticas inclusivas y responder a las prioridades locales en equidad y diversidad. 5.2 Productos: Acta UTA LGBTI Antonio Nariño, diciembre 4 del 2025, Acta COLMYEG Antonio Nariño diciembre 17 del 2025, acta de cierre

5	de semana en contra de la violencia diciembre 4 de 2025, actividades proyectadas en el marco de la UTA LGBTI los días 11 y 13 de diciembre.
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: En cumplimiento del convenio PSPIC entre el FDS y la Subred, se realizaron actividades para la apropiación de anexos y lineamientos técnicos desde el perfil profesional delegado. Estas acciones, desarrolladas de forma continua entre octubre de 2025 y junio de 2027, garantizaron su comprensión, aplicación y seguimiento, fortaleciendo la gestión y el cumplimiento de los objetivos del plan de intervenciones colectivas. 6.2 Productos: Se generaron actas y listados de asistencia en el marco de las actividades de apropiación conceptual, que comprendieron lectura de documentos y participación en espacios de fortalecimiento institucional, aportando insumos para la gestión y seguimiento de las políticas públicas del convenio
7	Obligación 7: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 Actividades desarrolladas: Se realizó la elaboración documental en respuesta a las solicitudes recibidas, el diligenciamiento de la información en el SEGPLAN para el proyecto de inversión correspondiente y la actualización de la matriz poblacional vinculada a las políticas a cargo. Asimismo, se entregó la información relacionada con las políticas gestionadas, garantizando el registro y seguimiento de las acciones desarrolladas. 7.2 Producto: Aplicativo SEGPLAN diligenciado.
8	Obligación 8: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1. Actividades desarrolladas: Se realizó la elaboración, verificación y envío de las canalizaciones de acuerdo con las necesidades identificadas en la comunidad, garantizando la respuesta oportuna y el seguimiento a los requerimientos planteados en el marco de la gestión institucional. 8.2. Producto: Correo envió de canalizaciones, drive y sistemas de verificación diligenciados.
9	Obligación 9: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1. Actividades desarrolladas: Se organizaron los documentos soporte de la gestión de noviembre de 2025 para su presentación en auditoría, quedando listos para entrega al cierre de la vigencia y asegurando la disponibilidad de la información institucional. 9.2. Producto: Matrices diligenciadas (anexo 1 - matriz de compromisos) y los soportes de las actividades, los cuales fueron organizados y cargados en el drive local, garantizando su disponibilidad y respaldo para la gestión institucional.
10	Obligación 10: 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. 10.1 Actividad: Se elaboraron los soportes correspondientes a las canalizaciones entregadas para su gestión, así como a las respuestas de los seguimientos y pertinencias enviadas durante el mes de diciembre 2025. 10.2 Producto: Pantallazo soporte de envió de canalizaciones
11	Obligación 11: 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. 11.1. Actividades desarrolladas: Dando cumplimiento a las directrices impartidas, se realizó la organización de los documentos soporte de la gestión desarrollada durante el mes de diciembre de 2025 para su presentación en el proceso de auditoría, y la información se encuentra alistada en los anexos correspondientes para su entrega al término de la vigencia, garantizando la disponibilidad, clasificación y respaldo documental como insumo para el seguimiento retrospectivo de las políticas públicas a cargo. 11.2. Producto: Se diligenciaron las matrices y se cargaron en el drive distrital, junto con las actas y los listados de asistencia correspondientes a las actividades realizadas, garantizando su organización y disponibilidad como soporte para la gestión institucional.
12	Obligación 12: 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. 12.1. Actividades desarrolladas: Se desarrollaron acciones administrativas propias de las políticas públicas, se llevó a cabo la reunión con el equipo local y se participó en la asistencia técnica en el marco de las políticas públicas a cargo. 12.2. Producto: Actas y listados de asistencia

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° 916185588 / 92312675	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/04	$ 209.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/04	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/04	$ 40.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 250.700

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	*MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA* *PS_6888_2025_A1C1A3* **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA** **CC: 51593817**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ* *PS_6888_2025_A1C1A3* **MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6888_2025_A1C1A3* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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	51593817	MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	CARRERA 26 # 7 38 PISO 3	3047461	martorrc@hotmail.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	04/12/2025	91618588	$246.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	206.400	0		0		0	0	0	0	206.400	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

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	40.300				40.300	0	0	40.300			403	40.300	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	206.400	206.400
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	246.700	246.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51593817	MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA		CARRERA 26 # 7 38 PISO 3	3047461	martorrc@hotmail.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	04/12/2025	91618588	$246.700	

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	51593817	TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.651.200	206.400	14-7	1.651.200	3	40.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Outlook

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1982201754

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Jue 4/12/2025 2:09 PM
Para martorrc@hotmail.com <martorrc@hotmail.com>

¡Hola, Maria Isabel Torrijos Cadena !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 246.700

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 04/12/2025

CUS: 1982201754

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.

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

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACH COLOMBIA S.A.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

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	51593817	MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	CARRERA 26 # 7 38 PISO 3	3047461	martorrc@hotmail.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
91618588	04/12/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	N	11/12/2025	92312675	$4.200	

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	3.400	0		0		0	7	100	0	3.500	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

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	600				600	7	100	700			6	700	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	3.400	3.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	600	700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	4.000	4.200

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	51593817	MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA		CARRERA 26 # 7 38 PISO 3	3047461	martorrc@hotmail.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
91618588	04/12/2025	N	11/12/2025	92312675	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11				$4.200	

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	51593817	TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL	59	4			N							X											0	0	0	0	0	0	EPS002	1.678.080	209.800	14-7	1.678.080	3	40.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
2000345183

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/12/2025

Número de aprobación
00345183

Dirección IP
186.84.89.46

Valor transacción
$ 4.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	51593817

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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? Si 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 6888 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6888 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_6888_2025_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	PS_6888_2025_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Protección
Pensiones y Cesantías

Bogotá, 26 de abril de 2018

Señor(a):
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL
CR 26 7 38 PISO 3 BR
RICAURTE- 3108773507
BOGOTA-CUNDINAMARCA

19,418,052 **PEN SOB RP**

Reciba un cordial saludo,

En atención a la solicitud pensional radicada por usted(es), Protección se permite informar(les) que se decidió reconocer la pensión de sobrevivencia requerida, por el fallecimiento de FERNANDO FRANCISCO PUENTES HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 19,418,052, fallecido(a) el 06 de Octubre 2017. Lo anterior, por cuanto se logró establecer a partir del análisis realizado, que se cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 13 la Ley 797 de 2003. (Ver Anexo 2 – Regulación Legal).

Por cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 12 de la ley 797 de 2003, el reconocimiento de la pensión de sobrevivencia se da a favor de:

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PENSIÓN
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL	ESPOSO/A	100.00

El detalle de la prestación reconocida es:

Valor Mesada Pensional	$781,242.00 *	«No_Mesadas» mesadas por año
Valor Retroactivo	**$5,952,883.00 ****	Desde **06 de Octubre 2017–** Hasta **30 de Abril 2018**

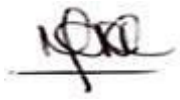
**Del valor de la mesada pensional se descontará el 12% correspondiente a la cotización para la Entidad Promotora de Salud escogida por el beneficiario.*

un diario de amplia circulación nacional, y a la fecha no se han presentado otros beneficiarios con posible derecho a reclamar, se reconoce el 100% de la pensión a los beneficiarios antes determinados. En caso de que se presente con posterioridad a esta notificación otros posibles beneficiarios, se redistribuirá el valor de la mesada en los porcentajes que corresponda, reconocimiento que se hará a partir del momento de la respectiva notificación y no en forma retroactiva. La parte que les corresponda del retroactivo debe ser reclamado a los beneficiarios iniciales.

Por condiciones particulares de su caso, la modalidad de pensión que se ajusta es Retiro Programado, para ampliar la información usted puede encontrar las definiciones y características de las modalidades en **el anexo 2 Regulación Legal** adjunto a este comunicado.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo.

Cordialmente,



MARIA CLAUDIA ORDOÑEZ CEBALLOS
DIRECTOR DE ENTREGA DE SERVICIO