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:	**ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA**			**CC:**	**1031152597**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DRAERIKARUIZPALMA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102525554**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 22A 37 62**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**ITAU (Corpbanca)**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**096045720**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7490 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.656.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA
PS_7490_2025_C7E048

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA
CC: 1031152597
CEL: 3102525554

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			
ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA			
	CON C.C N°	**1.031.152.597**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7490 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.656.773	**No. HORAS EJECUTADAS**	**166**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.791.973	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.656.600
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	"OBLIGACION 1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE DESARROLLARON EL 100% DE LAS ATENCIONES MEDICAS EN TERRENO Y EN LAS JORNADAS MEDICAS SOLICITADAS. 1.2 PRODUCTO: EL 100 % DE LAS HISTORIAS CLINICAS CARGADAS EN DINAMICA DE LOS USUARIOS VISTOS, GITABS DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD, FORMATO DE FIRMAS."
2	"OBLIGACION 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA CRONOGRAMA MENSUAL PARA AGENDAMIENTO DE PACIENTES. 2.2: PRODUCTO: CUMPLIMIENTO DE LA AGENDA MEDICA EN UN 100% SEGÚN LO CONSERTADO CON LOS PACIENTES."
3	"OBLIGACION 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE DILIGENCIARON EL 100% DE LAS HISTORIAS CLINICAS INDIVIDUALES A CADA PACIENTE QUE CUMPLIA CON LOSO CRTERIOS DEL LINEAMIENTO DEL CONVENIO. SE DILIGENCIO GITABS PARA CADA ATECION MEDICA Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR REQUERIDO, SE REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE FIRMAS. 3.2 PRODUCTOS: EL 100% DE LAS HISTORIAS CLINICAS CARGADAS EN DINAMICA DE LOS USUARIOS VISTOS, GITABS DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD, FORMATO DE FIRMAS."
4	"OBLIGACION 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: SE REALIZARON EN UN 100% LOS AJUSTES SOLICITADOS POR LOS APOYOS EN LAS REUNIONES DE EQUIPO. 4.2 PRODUCTO: FIRMA DE LOS LISTADOS DE ASISTENCIA A ESTAS REUNIONES"
5	"5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTENCIA AL 100% DE LAS CAPACITACIONES CONVOCADAS Y RETRAOLIMENTACIÓN CON APOYOS. 5.2 PRODUCTOS: PLANILLA DE FIRMAS DE REUNIONES CONVOCADAS DILIGENCIADAS EN EL 100%"
	"OBLIGACION 6 DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES 6.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: RETROALIMENTACIÓN AL EQUIPO DE TRABAJO SOBRE EL LINEMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DEL CONVENIO.

6	6.2 PRODUCTO: PLANILLA DE FIRMAS DE REUNIONES CONVOCADAS DILIGENCIADAS EN EL 100%"
7	"7. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTENCIA A REUNIONES DE AUDITORIA EN UN 100% 7.2 PRODUCTO: PLANILLAS DE FIRMAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS"
8	"OBLIGACION 8 PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO 8.1 ACTIVIDADES: REPORTE DE USUARIOS ADICIONALES QUE SE CONSIDERA REQUIEREN VALORACION MEDICA PARA SU RESPECTIVO AGENDAMIENTNO 8.2 PRODUCTO: NOTIFICACION DEL 100 % POR WHATSSAPP O CORREO ELECTRONICO DE USUARIOS QUE REQUIEREN VALORACION POR UN PROFESIONAL."
9	"OBLIGACION 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES 9.1 ACTIVIDADES: DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFFICACION SEGPUNN EVENTO 9.2 PRODUCTO: ENTREGA DEL 100% DE LAS FICHAS DE NOTIFICACION DEBIDAMENTE DILIGNCIADAS."
10	"10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTIR A LAS REUNIOENS CONVOCADAS POR SDS Y APOYOS. 10.2 PRODUCTO: LISTAS DE ASISTENCIA FIRMADAS"
11	"11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: DILIGENCIAMIENTO COMPLETO 100% DE LOS FORMATOS DE FIRMAS 11.2 PRODUCTO: ENTREGA DEL 100% DE LOS FORMATOS FIRMADOS POR LOS USUARIOS EN UNA CARPETA"
12	"12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN 12.1 ASISTENCIA Y APOYO A LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS 12.2 PRODUCTO: EJECUCIÓN DEL 100 % DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS"
13	"13. CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280-2018 PROPUESTAS DESDE EL PERFIL DE MEDICINA DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DE CONSULTA AVALADAS Y AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB, DILIGENCIANDO CORRECTAMENTE LOS CÓDIGOS CIE-10 SEGÚN IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. DEBE CUMPLIR CON 1. ANAMNESIS, 2. REVISIÓN DE SISTEMAS, 3. ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN DE RIESGOS, 4. EXAMEN FÍSICO (ESCALAS, TAMIZAJES E INSTRUMENTOS SEGÚN CONSULTA Y RESOLUCIÓN 3280-2018), 5. ANÁLISIS Y HALLAZGOS, 6. DIAGNÓSTICO, 7. PLAN DE TRATAMIENTO O MANEJO. 13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS SEGÚN LO DEFINIDO POR LA NORMATIVIDAD ACTUAL. 13.2: PRODUCTO: HISTORIAS CLINCIAS CARGADAS EN DINAMICA WEB"
14	"14.DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES, TOMA DE SIGNOS VITALES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1: ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DILIGENCIAMIENTO DE GITABS EN CADA UNO DE LOS PARAMETROS MEDICOS OBLIGATORIOS 14.1 PRODUCTO: ADMISION, ATENCIÓN MEDICA, PLAN DE CUIDADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO EN EL APLICATIVO GITABS"
15	"15. DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ACTIVACIÓN DE SIRC SEGÚN NECESIDA DEL CASO 15.1 PRODUCTO: NOTIFICACIÓN A REFERENTE SIRC, EN CASOS REQUERIDOS"
16	"16. DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA), SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS ESTÁN SUJETOS AUDITORÍA EN EL CONVENIO 16.1 ACTIVIDADES: DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFFICACION SEGPUNN EVENTO 16.2 PRODUCTO: ENTREGA DEL 100% DE LAS FICHAS DE NOTIFICACION DEBIDAMENTE DILIGNCIADAS."
	"17. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 17.1 ACTIVIDADES: CUMPLIMIETO DEL 100% DE LAS ACTIVIDADES PACTADAS

17	17.2 PRODUCTOS: HISTORIAS CLINICAS, PLANES DE CUIDADO, GITABS Y FORMATOS EN FISICO DILIGENCNIADOS EN EL 100% ."

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° 9496116291	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/09	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/09	$ 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 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	*ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA* *PS_7490_2025_C7E048* **ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA** **CC: 1031152597**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7490_2025_C7E048* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7490_2025_C7E048* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1031152597		RUIZ PALMA ERIKA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	draerikaruizpalma@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102525554

Clave: 9497520313

Periodo Pensión: 2025-12 **Periodo Salud: 2025-12**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2026/01/26	0	$0	$827,600
2026/01/27	1	$700	$828,300
2026/01/28	2	$1,200	$828,800
2026/01/29	3	$1,700	$829,300
2026/01/30	4	$2,200	$829,800

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$428,000
PROTECCION		1	$428,000
ARL	1	1	$65,200
ARL SURA		1	$65,200
EPS	1	1	$334,400
SALUD TOTAL		1	$334,400
SUBTOTAL			$827,600
TOTAL			$827,600

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty, éxito, SURTIMAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031152597		RUIZ PALMA ERIKA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 22A 37 62	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7142863	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12		9497520313	I	2026/01/26			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	1031152597	RUIZ ERIKA								X								23020 1	30	EPS002	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$428,000	$0	$0	$428,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$428,000	$0	$0	$428,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,200	$0	$0	$65,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$65,200	$0	$0	$65,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$334,400	$0	$0	$334,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$334,400	$0	$0	$334,400
TOTAL				**1**	**$827,600**	**$0**	**$0**	**$827,600**

Gmail

Erika Ruiz Palma <draerikaruizpalma@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2059901103

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 5 de enero de 2026 a las 11:27 a.m.
Para: draerikaruizpalma@gmail.com

¡Hola, Erika Ruiz!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 827.600

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9497520313

Fecha de la transacción: 05/01/2026

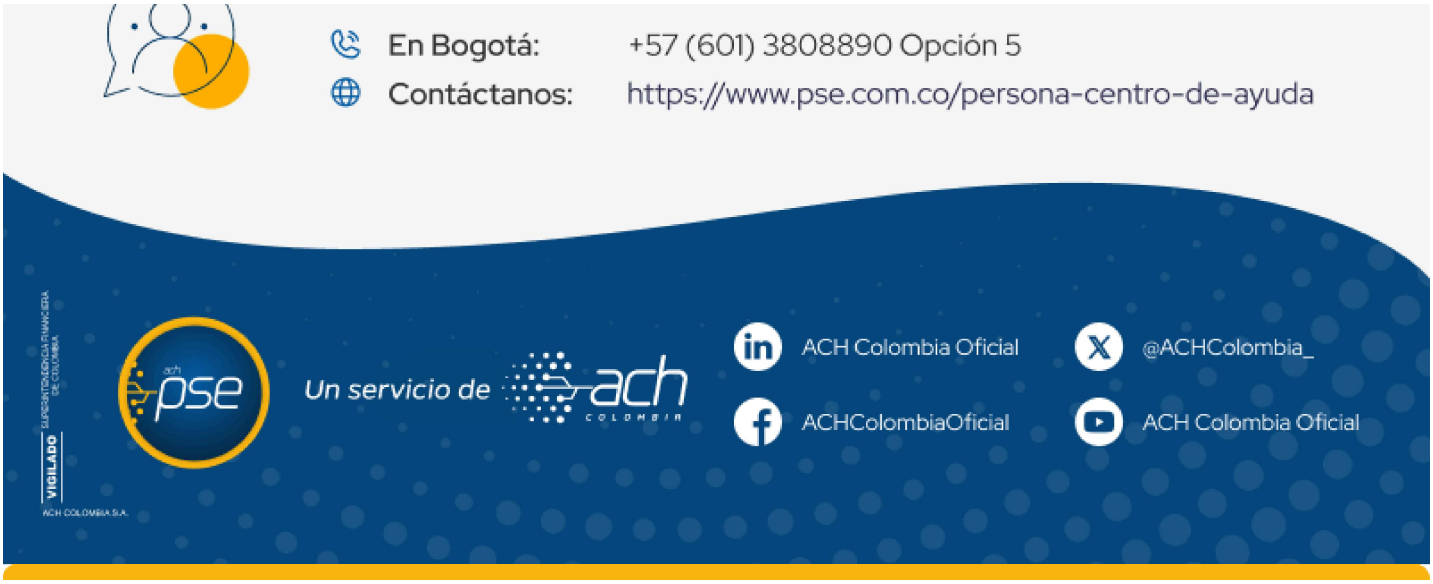
CUS: 2059901103

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:



"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."