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 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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO**			**CC:**	**1026260630**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ELIPAOMOLILOZA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3236620389**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1 5A 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**455900094307**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7235 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 114.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO
PS_7235_2025_404B1A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO
CC: 1026260630
CEL: 3236620389

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				
ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO				
		CON C.C N°	**1.026.260.630**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PSICOLOGIA 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 7235 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.483.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**5**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 50.242.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 114.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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 presentan y entregan soportes correspondientes a cada una de las actividades realizadas en la depuración de las alertas SED, donde se identifican alertas que cumplen criterio para IEC, descartadas, calidad de la información, asignación correspondiente a los profesionales y cierre de alertas descartadas y sin abordaje en el aplicativo SIVIGILA D.C modulo alertas. 1.2 Productos (evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
2	2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades desarrolladas: Plan de trabajo Mes Trabajado: se actualiza cronograma de trabajo diario teniendo en cuenta horas diarias trabajadas, elaborar plan de trabajo mes siguiente proyectado: Se proyecta plan de trabajo de mes siguiente 2.2 Productos (evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION20. PREAUDIT_CRONO
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 presentan y entregan soportes correspondientes a cada una de las actividades realizadas en la depuración de las alertas SED, donde se identifican alertas que cumplen criterio para IEC, descartadas, calidad de la información, asignación correspondiente a los profesionales y cierre de alertas descartadas y sin abordaje en el aplicativo SIVIGILA D.C modulo alertas. 3.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
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: Se realiza verificación de base de aleras SED donde se identifica los eventos que cumplen definición operativa para abordaje y los eventos descartados realizando la respectiva retroalimentación de cierre en SIVIGILA D.C modulo alertas para cada alerta ingresada según corresponda. 4.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
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: Se presentan y entregan soportes correspondientes a cada una de las actividades realizadas en la depuración de las alertas SED, donde se identifican alertas que cumplen criterio para IEC, descartadas, calidad de la información, asignación correspondiente a los profesionales y cierre de alertas descartadas y sin abordaje en el aplicativo SIVIGILA D.C modulo alertas. 5.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED

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: Lectura y apropiación de lineamientos de la vigencia: anexos técnicos y cajas de herramientas 6.2 Productos(evidencias) Se realizó lectura apropiación de lineamientos Acta soporte y lista de asistencia
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: Se presentan y entregan soportes correspondientes a cada una de las actividades realizadas en la depuración de las alertas SED, donde se identifican alertas que cumplen criterio para IEC, descartadas, calidad de la información, asignación correspondiente a los profesionales y cierre de alertas descartadas y sin abordaje en el aplicativo SIVIGILA D.C modulo alertas. 7.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
8	8. Obligación 8: REALIZAR LAS INTERVENCIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO, BLOQUEO Y BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, SEGÚN DEMANDA NUEVO VSP. 8.1 Actividades desarrolladas: Se realiza verificación de base de aleras SED donde se identifica los eventos que cumplen definición operativa para abordaje y los eventos descartados realizando la respectiva retroalimentación de cierre en SIVIGILA D.C modulo alertas para cada alerta ingresada según corresponda. 8.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
9	9. Obligación 9: ORIENTAR TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTE EL EQUIPO DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN, SUBSISTEMA Y/O ESTRATEGIA DEL PROCESO TRANSVERSAL O ENTORNO ASIGNADO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS, ACTIVIDADES Y/O METAS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 Actividades desarrolladas: Se Brinda orientación técnica y operativa al equipo de trabajo asignado a la línea de intervención, subsistema y/o estrategia correspondiente al proceso transversal o entorno designado. Esto incluye guiar la construcción de productos, la ejecución de actividades y el cumplimiento de metas, de acuerdo con los lineamientos técnicos y los anexos establecidos frente al manejo abordaje de Alertas SED según el cargue de las alertas realizado por SDS 9.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
10	10. Obligación 10: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 10.1 Actividades desarrolladas: Se presentan y entregan soportes correspondientes a cada una de las actividades realizadas en la depuración de las alertas SED, donde se identifican alertas que cumplen criterio para IEC, descartadas, calidad de la información, asignación correspondiente a los profesionales y cierre de alertas descartadas y sin abordaje en el aplicativo SIVIGILA D.C modulo alertas. 10.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
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: se realiza Alistamiento de productos mes finalizado - Gestión documental y revisión de que los productos se encuentren organizados de acuerdo a la normatividad. 11.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
12	12.1 Actividades desarrolladas Se realiza participación en reuniones, fortalecimientos y capacitaciones de procesos transversales propios de la ejecución de las actividades con la finalidad de fortalecer y afianzar conocimientos que favorezcan el desarrollo de la práctica con calidad de los procesos. 12.2 Productos(evidencias) participación en reunión de Área y fortalecimiento en notificación de eventos de interés en salud publica frente a la prevención de la bronquiolitis causada por el virus sincitial (VSR), mediante la implementación de estrategias hibridas de inmunización en el Distrito, fortalecimiento técnico del evento de fiebre amarilla y SIVIGILA 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION10. REUNIONES_AREA
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 lleva a cabo una revisión exhaustiva y oportuna, junto con el alistamiento de los productos requeridos, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Estas actividades se desarrollan en estricta conformidad con la normatividad vigente y los procesos establecidos por el área responsable. En este marco, se verifican minuciosamente los estándares de calidad, pertinencia y alineación con los lineamientos legales y técnicos aplicables, asegurando que cada producto cumpla con los requisitos previamente definidos. Además, se promueve la coordinación eficiente con los diferentes actores involucrados, con el propósito de optimizar los tiempos, mitigar posibles riesgos y garantizar la entrega satisfactoria de los resultados esperados dentro de los plazos acordados. 13.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
14	14. Obligación 14: 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. 14.1 Actividades desarrolladas Se ejecutan 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 14.2 Productos(evidencias) 172.26.33.40sivigila2026$250_46_8_SALUD_MENTAL2.GESTION_INFORMATICA_ALERTAS_SED
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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 2724329	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	$ 274.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/06	$ 351.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/06	$ 53.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 678.700

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	*ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO* *PS_7235_2025_404B1A* **ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO** **CC: 1026260630**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA MILENA ORREGO VEGA* *PS_7235_2025_404B1A* **ANA MILENA ORREGO VEGA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_7235_2025_404B1A* **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	1026260630	ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO	CARRERA 88 # 6A 99 INT 4 APTO 103 ETAPA1	3007560912	elipaomolilloza@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	
2025-12	2025-12	I	06/01/2026	2724329	$722.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	274.200	0		0		0	0	0	0	274.200	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	351.000	0	0	0	0	0	0		351.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	53.500				53.500	0	0	53.500			535	53.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.900	0	0	43.900	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	274.200	274.200
Pensión	1	351.000	351.000
Riesgos Laborales	1	53.500	53.500
CCF	1	43.900	43.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	722.600	722.600

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	1026260630	ELIANA PAOLA MOLINA LOZANO	CARRERA 88 # 6A 99 INT 4 APTO 103 ETAPA1	3007560912	elipaomolilloza@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	
2025-12	2025-12	I	06/01/2026	2724329	$722.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1026260630	MOLINA LOZANO ELIANA PAOLA	59	0			N																	230301	2.193.280	351.000	0	0	0	0	EPS005	2.193.280	274.200	14-7	2.193.280	3	53.500	CCF24	2.193.280	43.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Eliana Paola Molina Lozano <elipaomoliloza@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 2062897137

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 6 de enero de 2026 a las 10:31
Para: elipaomoliloza@gmail.com

¡Hola, ELIANA MOLINA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 722.600

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 06/01/2026

CUS: 2062897137

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS_7235_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7235_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7235_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7235_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor
☐	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor
☐	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor
☐	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7235 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluación