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: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ**			**CC:**	**1000930647**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARROQUINVALENTINA18@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115396885**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 48B #73A 65 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421158467**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7519 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.916.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ
PS_7519_2025_67A335

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ
CC: 1000930647
CEL: 3115396885

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			
JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.000.930.647**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 7519 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 36.046.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.916.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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 CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. 1.1 Actividad desarrollada: Presté mis servicios con calidad y oportunidad, ejecutando actividades del Convenio Más Bienestar mediante abordaje territorial, visitas domiciliarias y acompañamiento a familias priorizadas, aplicando los lineamientos técnicos vigentes y cumpliendo las metas asignadas durante el periodo. 1.2 Evidencias: Registros de atención cargados en el aplicativo GTAPSSDS, planillas diligenciadas, consolidado mensual de intervenciones y soportes de visitas realizadas.
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y EL INFORME DE EJECUCIÓN. 2.1 Actividad desarrollada: Elaboré y presenté oportunamente el cronograma mensual de actividades, organizando la planeación por microterritorios y metas establecidas. Al finalizar el periodo, consolidé y entregué el informe mensual detallando las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos. 2.2 Evidencias: Cronograma mensual radicado, informe consolidado con relación de intervenciones por fecha y sector, y soportes anexos.
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONVENIO PRESENTANDO INFORMACIÓN Y SOPORTES SEGÚN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 3.1 Actividad desarrollada: Apoyé la prestación de los servicios del convenio mediante la entrega completa y oportuna de la documentación requerida, asegurando el diligenciamiento adecuado de los formatos técnicos y el cumplimiento de los criterios establecidos en los anexos vigentes. 3.2 Evidencias: Consentimientos informados, planillas de caracterización, formatos de tamizaje y documentación organizada para verificación.
4	Obligación 4: APOYAR ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y PLANES DE MEJORA. 4.1 Actividad desarrollada: Participé en acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad, revisando procesos operativos, ajustando prácticas en campo y atendiendo observaciones derivadas de seguimiento interno o auditorías. 4.2 Evidencias: Actas de seguimiento, registros de ajustes implementados y soportes de cumplimiento de acciones correctivas.
5	Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO. 5.1 Actividad desarrollada: Realicé la revisión y apropiación conceptual de los lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar, fortaleciendo mi desempeño en la aplicación de criterios de priorización, caracterización y gestión del riesgo en salud. 5.2 Evidencias: Aplicación técnica reflejada en los registros de intervención, coherencia en el diligenciamiento de formatos y cumplimiento de directrices establecidas.
6	Obligación 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA SEGÚN SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL. 6.1 Actividad desarrollada: Desarrollé procesos de asistencia técnica en los componentes asignados, brindando orientación técnica al equipo y apoyando la correcta implementación de los lineamientos operativos en el territorio. 6.2 Evidencias: Registros de acompañamiento técnico, actas de asistencia y reportes de seguimiento.
7	Obligación 7: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES E INFORMES. 7.1 Actividad desarrollada: Revisé y verifiqué la calidad de los formatos y bases generadas en las intervenciones, asegurando consistencia en la información antes de su entrega oficial. 7.2 Evidencias: Formatos completos, bases de datos consolidadas e informes entregados dentro de los tiempos establecidos.
8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES. 8.1 Actividad desarrollada: Gestioné y participé en acercamientos comunitarios e institucionales con actores del territorio, facilitando la articulación para el desarrollo de jornadas y acciones de promoción y prevención en salud. 8.2 Evidencias: Actas de reunión, listados de asistencia y registro de compromisos establecidos.
	Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS. 9.1 Actividad desarrollada: Identifiqué y gestioné oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones, realizando la notificación correspondiente según el protocolo establecido. 9.2 Evidencias: Formatos de notificación diligenciados, registros de activación de ruta y

9	seguimiento realizado.
10	Obligación 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS. 10.1 Actividad desarrollada: Asistí y participé activamente en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, reportando avances de ejecución, cumplimiento de metas y fortaleciendo conocimientos técnicos aplicables al territorio. 10.2 Evidencias: Listados de asistencia, actas de reunión y soportes de participación.
11	Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividad desarrollada: Organicé y clasifiqué la documentación generada durante la ejecución de las actividades contractuales, aplicando criterios de orden cronológico y tipología documental conforme a la tabla de retención documental y lineamientos institucionales. 11.2 Evidencias: Carpetas físicas y digitales organizadas, inventario documental actualizado y registros disponibles para verificación en auditoría.
12	Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividad desarrollada: Atendí oportunamente los requerimientos adicionales realizados por la supervisión, relacionados con ajustes operativos, entrega de información complementaria y apoyo en actividades extraordinarias vinculadas al objeto contractual. 12.2 Evidencias: Correos de respuesta, informes complementarios entregados y soportes adicionales requeridos por supervisión.
13	Obligación 13: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD, APLICANDO LOS TAMIZAJES ESTABLECIDOS. 13.1 Actividad desarrollada: Realicé la caracterización sociodemográfica de las familias intervenidas, recolectando información completa y veraz, aplicando los tamizajes correspondientes, garantizando calidad en el proceso. 13.2 Evidencias: Formatos de caracterización diligenciados, registros de tamizajes aplicados y planillas de firmas de las familias intervenidas.
14	Obligación 14: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS. 14.1 Actividad desarrollada: Diligencié de manera diaria y oportuna la información recolectada en campo en el aplicativo GTAPSSDS, verificando la completitud de los datos y corrigiendo inconsistencias antes del cierre de cada registro. 14.2 Evidencias: Registros cargados en el aplicativo GTAPSSDS dentro de los tiempos establecidos y reporte de cargue oportuno.
15	Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA Y DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 Actividad desarrollada: Presenté el cronograma de actividades junto con los insumos técnicos requeridos para la ejecución territorial, incluyendo mapas base, matrices de priorización y datos catastrales y poblacionales necesarios para la planeación. 15.2 Evidencias: Documento de planeación entregado, mapas base organizados y matriz territorial consolidada.
16	Obligación 16: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA Y MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA. 16.1 Actividad desarrollada: Elaboré y presenté el mapa correspondiente al ejercicio de cartografía social realizado en el territorio asignado, consolidando además la matriz de información cuantitativa y cualitativa recolectada durante el proceso. 16.2 Evidencias: Mapa territorial actualizado y matriz consolidada con variables priorizadas y análisis preliminar.
17	Obligación 17: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL PARA LA REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN. 17.1 Actividad desarrollada: Participé activamente en el Comité Territorial, presentando los resultados de cartografía, análisis de matrices y hallazgos relevantes del proceso de caracterización, aportando a la toma de decisiones y definición de rutas de atención. 17.2 Evidencias: Actas del comité, listados de asistencia y documentos de conclusiones generadas.
18	Obligación 18: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD. 18.1 Actividad desarrollada: Registré las actividades desarrolladas en los instrumentos oficiales definidos por la Secretaría Distrital de Salud, garantizando precisión y coherencia en la información consignada. 18.2 Evidencias: Planillas diligenciadas, consentimientos firmados y registros en aplicativo en línea institucional.
19	Obligación 19: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD. 19.1 Actividad desarrollada: Gestioné de manera oportuna los riesgos en salud identificados durante las intervenciones, realizando agendamientos, activación de rutas de atención y notificación de eventos según correspondiera al nivel de riesgo detectado. 19.2 Evidencias: Soportes de agendamiento, formatos de activación de ruta y constancias de notificación realizadas.
20	Obligación 20: CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE Y SUS LINEAMIENTOS OPERATIVOS. 20.1 Actividad desarrollada: Cumplí con las obligaciones establecidas en el anexo técnico del Convenio Más Bienestar vigente, desarrollando las actividades asignadas conforme a mi perfil profesional y a los lineamientos técnicos y operativos definidos. 20.2 Evidencias: Indicadores de cumplimiento reportados, informe mensual consolidado y soportes contractuales entregados.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 78557420	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ* *PS_7519_2025_67A335* **JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ** **CC: 1000930647**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7519_2025_67A335* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7519_2025_67A335* **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	1000930647	JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ	KR 48 B 73 A 65 SUR	3115396885	marroquinvalentina18@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78557420	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1000930647	JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ	KR 48 B 73 A 65 SUR	3115396885	marroquinvalentina18@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78557420	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000930647	MARROQUIN HERNANDEZ JUANA VALENTINA	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail juana marroquin <marroquinvalentina18@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 303787332

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 12 de mayo de 2026 a las 21:08
Para: marroquinvalentina18@gmail.com

¡Hola, Juana Valentina Marroquín Hernandez !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 541.800

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 12/05/2026

CUS: 303787332

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

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

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7519_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf.	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519 _2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7519 _2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7519 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7519 2025 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf.pdf	PS_7519_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >