

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52179405	ANGELA MARIA OVIEDO GONZALEZ		carrera 73a- 3- 69	3132480105	angelaoviedo1974@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80434863	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52179405	ANGELA MARIA OVIEDO GONZALEZ		carrera 73a- 3- 69	3132480105	angelaoviedo1974@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80434863	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	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	Salud	Extranjero	Calom. exarador	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 52179405	OVIEDO GONZALEZ ANGELA MARIA		59	0			N																231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



angela oviedo <angelaoviedo1974@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada  CUS 283126404

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: angelaoviedo1974@gmail.com

5 de mayo de 2026 a las 16:06

**¡Hola, Angela Maria Oviedo Gonzalez !****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:** 05/05/2026**CUS:** 283126404

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten cuenta 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.

"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."

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52179405	ANGELA MARIA OVIEDO GONZALEZ		carrera 73a- 3- 69	3132480105	angelaoviedo1974@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURBAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92770535		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	1	\$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0	0	0	0	0	0	0	0	218.900	1

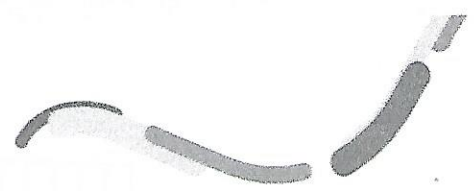
TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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



Comprobante en línea

18 Jun 2026 15:36

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 402520717

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
167.0.97.37

Fecha
18 Jun 2026 15:36

Referencia 2
CC

Número de factura
92770535

Referencia 3
52179405

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$541.800

Número de comprobante
TR2606181536352u1wB6

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 4751**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31
Nombre Contratista:	ANGELA MARIA OVIEDO GONZALEZ	Número de Documento:	52179405	
Correo Electrónico:	angelaoviedo1974@gmail.com	Número Telefónico:	3132480105	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4516-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	737
Perfil:	PROFESIONAL DE APOYO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS TUNJUELITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V01UI559	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS TUNJUELITO	\$5114714	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5114714	CINCO MILLONES CIENTOCATORCE MIL SETECIENTOS CATORCEPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-04-20	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-08-24
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ABRIL	\$ 2386867	
2	MAYO	\$ 5114714	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 40917712	\$ 40917712	\$ 7501581	\$ 33416131

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
--	---	-----------------------------

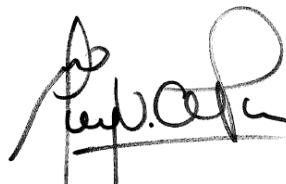
1	Ejecutar de manera autónoma las actividades necesarias para el desarrollo del cronograma del componente, conforme a los productos y resultados previstos contractualmente.	Revisión del documento (Anexo técnico de convenio interadministrativo. Actividades a desarrollar por concepto de gasto /meta) a fin de desarrollar las actividades complementarias en la localidad de Tunjuelito del componente 1 personas con discapacidad y su dupla (cuidadores)	-Acta realizada - certificado de inducción
2	Brindar apoyo técnico a los procesos de convocatoria e inscripción que se requieran para la ejecución del componente, de acuerdo con los lineamientos establecidos.	-Reunión con la facilitadora para desarrollar inscripciones del componente 1 del convenio 559 en socializar actividades a desarrollar con personas en discapacidad	Anexo acta
3	Promover la articulación interinstitucional e intersectorial requerida para la adecuada ejecución de las acciones previstas en el marco del convenio.	-Se complementa ficha técnica operativa del diagnóstico de las personas con discapacidad de localidad de Tunjuelito	Se anexa documento
4	Apoyar técnicamente la preparación y desarrollo de las presentaciones públicas asociadas al componente, conforme a los lineamientos definidos.	-Reunión con la facilitadora y la profesional de apoyo para concertar las fechas para inscripciones a las personas con discapacidad y sus cuidadores de la localidad de Tunjuelito y así mismo la certificación con el apoyo de los gestores	-Se anexa acta
5	Apoyar la gestión y actualización de las bases de datos requeridas para la ejecución del componente, garantizando el manejo adecuado de la información conforme a la normatividad vigente en protección de datos personales.	-Concertación vía telefónica de las personas con discapacidad mediante base de datos suministrados por el equipo de Mas bienestar para realizar la inscripción y socialización del convenio 559 del componente 1	-se adjunta acta
6	Ejecutar de manera autónoma las actividades necesarias para el desarrollo del cronograma del componente, conforme a los productos y resultados previstos contractualmente.	-Se realiza inscripciones a las personas con discapacidad y sus cuidadores en la casa de la cultura, para certificado y convenio 559 del componente con el apoyo de los gestores	-Se anexa acta
7	Brindar apoyo técnico a los procesos de convocatoria e inscripción que se requieran para la ejecución del componente, de acuerdo con los lineamientos establecidos.	-Se realiza inscripciones a las personas con discapacidad y sus cuidadores en la casa de la cultura, para certificado y convenio 559 del componente con el apoyo de los gestores	-Se adjunta acta
8	Promover la articulación interinstitucional e intersectorial requerida para la adecuada ejecución de las acciones previstas en el marco del convenio	-Se realiza inscripciones a las personas con discapacidad y sus cuidadores en la casa de la cultura, para certificado y convenio 559 del componente con el apoyo de los gestores	-Se adjunta acta
9	Apoyar técnicamente la preparación y desarrollo de las presentaciones públicas asociadas al componente, conforme a los lineamientos definidos.	-Se asiste a capacitación sobre los derechos de la mujer en la casa de igualdad de oportunidades para la mujer con los profesionales del convenio 559 de la subred sur	-se adjunta acta
10	Apoyar la gestión y actualización de las bases de datos requeridas para la ejecución del componente, garantizando el manejo adecuado de la información conforme a la normatividad vigente en protección de datos personales.	-Reunión para inducción de certificación a personas con discapacidad con las profesionales de la secretaria de salud	-Ver anexo de acta

11	Participar, cuando sea requerido, en espacios de coordinación con la supervisión del convenio, con el fin de presentar avances, observaciones o resultados de las actividades desarrolladas.	--Se realiza inscripciones a las personas con discapacidad y sus cuidadores en la casa de la cultura, para certificado y convenio 559 del componente con el apoyo de los gestores	-Se adjunta acta
12	Brindar apoyo técnico y documental en la elaboración de las fichas técnicas, realización de visitas, desarrollo de las sesiones del componente y entrega de los soportes documentales que den cuenta del desarrollo de las actividades ejecutadas en la periodicidad concertada.	--Se realiza inscripciones a las personas con discapacidad y sus cuidadores en la casa de la cultura, para certificado y convenio 559 del componente con el apoyo de los gestores	-Se adjunta acta
13	Elaborar los informes requeridos para la adecuada ejecución del contrato, de acuerdo con los formatos y periodicidad previamente concertados.	-Esta actividad está proyectada para desarrollarse en el siguiente periodo.	-Las evidencias se cargan en la carpeta del Drive compartido para localidad de Tunjuelito, en el link fdltalentohumano@gmail.com
14	Gestionar de los espacios necesarios para el desarrollo de las actividades, de acuerdo con la programación concertada.	-Esta actividad está proyectada para desarrollarse en el siguiente periodo.	-Las evidencias se cargan en la carpeta del Drive compartido para localidad de Tunjuelito, en el link fdltalentohumano@gmail.com
15	Participar en las actividades previstas dentro del plan de fortalecimiento de capacidades, habilidades y competencias del talento humano de los equipos técnicos y operativos del ejecutor, brindando apoyo técnico en el marco del objeto contractual.	-Esta actividad está proyectada para desarrollarse en el siguiente periodo.	-Las evidencias se cargan en la carpeta del Drive compartido para localidad de Tunjuelito, en el link fdltalentohumano@gmail.com
16	Participar, cuando sea requerido, en espacios de comité técnico y del equipo operativo, exclusivamente para efectos de articulación y socialización de avances del convenio.	-Esta actividad está proyectada para desarrollarse en el siguiente periodo.	-Las evidencias se cargan en la carpeta del Drive compartido para localidad de Tunjuelito, en el link fdltalentohumano@gmail.com
17	Brindar apoyo técnico y logístico en la recepción y entrega de los elementos previstos en la formulación del proyecto para el desarrollo de cada fase del componente.	-Esta actividad está proyectada para desarrollarse en el siguiente periodo.	-Las evidencias se cargan en la carpeta del Drive compartido para localidad de Tunjuelito, en el link fdltalentohumano@gmail.com
18	Desarrollar otras actividades de apoyo propias del perfil contratado, directamente relacionadas con el objeto del contrato, siempre que no correspondan al ejercicio de funciones permanentes o misionales propias de la entidad	-Esta actividad está proyectada para desarrollarse en el siguiente periodo.	-Las evidencias se cargan en la carpeta del Drive compartido para localidad de Tunjuelito, en el link fdltalentohumano@gmail.com

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2386867
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	04	21	765158320	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	10804784751	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGELA MARIA OVIEDO GONZALEZ		2026-05-22 21:36:23	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2026-05-26 13:49:11	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-05-27 10:55:20	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-06-11 18:13:46	

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD