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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE**			**CC:**	**46385368**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YLOPEZLAVERDE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3222569908**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 25 69D 51 BQ 5 AP 418**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400714559**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7674 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.556.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE
PS_7674_2025_7190C6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE
CC: 46385368
CEL: 3222569908

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			
YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE			
	CON C.C N°	**46.385.368**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 7674 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.377.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**156**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 49.755.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.556.800
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	1. Obligación: 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: Ejecuté atenciones y valoraciones psicológicas extramurales con oportunidad y calidad, respondiendo a las necesidades de salud mental de la población asignada. 1.2 Producto (evidencia): Presenté las planillas de atención extramural y consolidé los registros de las intervenciones ejecutadas.
2	2. Obligación: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 Actividades desarrolladas: Formulé la planificación mensual de intervenciones y consolidé al cierre del periodo el informe de cumplimiento de las actividades operativas. 2.2 Producto (evidencia): Para el periodo a certificar no se realiza cronograma.
3	3. Obligación: APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas: Soporté operativamente la atención comunitaria en salud mental, organizando y entregando oportunamente los soportes requeridos según la normativa del convenio. 3.2 Producto (evidencia): Adjunté los anexos técnicos y entregué los soportes de atención.
4	4. Obligación: 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 HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Participé en la aplicación de estándares de calidad y listas de chequeo orientadas al mejoramiento continuo de la consulta extramural en psicología. 4.2 Producto (evidencia): Entregué los soportes de atenciones con calidad
5	5. Obligación: REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Revisé y apliqué las guías y anexos técnicos del convenio para alinear las valoraciones psicológicas con los estándares distritales. 5.2 Producto (evidencia): Realicé acta de lectura y apropiación de lineamientos
6	6. Obligación: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividades desarrolladas: Participé en los comités y asistencias técnicas del equipo multidisciplinario en la gestión de casos y abordaje técnico en salud mental comunitaria. 6.2 Producto (evidencia): Diligencié las actas de asesoría técnica.
7	7. Obligación: REALIZAR LA REVISION, 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 TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividades desarrolladas: Revisé la consistencia de los datos en formatos e informes derivados de las intervenciones psicológicas antes de su entrega. 7.2 Producto (evidencia): Depuré y entregué las bases de datos consolidadas junto con los soportes de intervención.
8	8. Obligación: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas: Para el periodo a certificar no articulé acciones con líderes e instituciones locales.8.2 Producto (evidencia): No aplicó para el periodo a certificar

9	9. Obligación: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 Actividades desarrolladas: Identifiqué y canalicé oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante el trabajo de campo. 9.2 Producto (evidencia): Notifiqué los eventos detectados y presenté el informe de registro de alertas en salud pública en los formatos y bases dispuestas para ello
10	10. Obligación: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Actividades desarrolladas: Asistí a las capacitaciones y jornadas de asistencia técnica citadas por la Secretaría Distrital de Salud. 10.2 Producto (evidencia): Diligencié y Presenté las planillas de asistencia de participación emitidas por la SDS.
11	11. Obligación: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Clasifiqué y mantuve al día los expedientes y soportes digitales conforme a las pautas de la Tabla de Retención Documental. 11.2 Producto (evidencia): Consolidé y entregué el inventario documental junto con la carpeta digital organizada según indicaciones
12	12. Obligación: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 Actividades desarrolladas: Ejecuté y atendí oportunamente todas aquellas actividades adicionales requeridas por la supervisión del contrato, en el marco del objeto contractual. 12.2 Producto (evidencia): Radiqué los soportes y envié las respuestas formales a los requerimientos realizados por la supervisión.
13	13. Obligación: CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS ATENCIONES AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. DEBE CUMPLIR CON 1. EVALUACION DE ESTADO PSÍQUICO, 2. APARIENCIA PERSONAL, 3. EMOCIONES Y PENSAMIENTOS, 4. ESTADO COGNITIVO, 5. SENSOPERCEPCION, 6. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES. 13.1 Actividades desarrolladas: Valoré integralmente a los usuarios en consulta extramural, evaluando estado, apariencia, emociones, cognición, sensopercepción y antecedentes. 13.2 Producto (evidencia): Diligencié y registré las historias clínicas con el examen mental y los antecedentes completos.
14	14. Obligación: DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA ATENCION 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 INTERVENCION. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA 14.1 Actividades desarrolladas: Digité las valoraciones y tamizajes en las plataformas GTAPS dentro de las 24 horas siguientes a la atención. 14.2 Producto (evidencia): Presenté los reportes de cargué del registro en GTAPS.
15	15. Obligación: DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACION SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 15.1 Actividades desarrolladas: Generé las canalizaciones requeridas hacia la red de servicios en el plazo establecido de 24 horas cuando aplicó. 15.2 Producto (evidencia): Adjunté los formatos de canalización generados en el aplicativo.
16	16. Obligación: DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACION DE SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACION E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA EN CONVENIO MAS BIENESTAR. 16.1 Actividades desarrolladas: Diligencié y notifiqué dentro de las primeras 24 horas de la intervención las fichas SIVIM para eventos de violencia y SISVECOS para ideación e intentos de suicidio detectados según el riesgo identificado. 16.2 Producto (evidencia): Envié y adjunté las fichas SIVIM y SISVECOS debidamente radicadas en la plataforma.
17	17. Obligación: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 17.1 Actividades desarrolladas: Ejecuté las funciones propias del rol de psicología ajustándome estrictamente al anexo técnico del convenio Más Bienestar. 17.2 Producto (evidencia): Presenté los soportes requeridos para la ejecución del contrato

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93507741	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/07/15	$ 228.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/15	$ 291.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/15	$ 44.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 564.400

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	*YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE* *PS_7674_2025_7190C6* **YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE** **CC: 46385368**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7674_2025_7190C6* **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_7674_2025_7190C6* **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	46385368	YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE	CLL 25 N 68B 47 BL 1 APTO 902	3222569908	yirapsi82@yahoo.es	
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
		93507741	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$564.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	228.000	0		0		0	0	0	0	228.000	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	291.900	0	0	0	0	0	0		291.900	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	44.500				44.500	0	0	44.500			445	44.500	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	228.000	228.000
Pensión	1	291.900	291.900
Riesgos Laborales	1	44.500	44.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	564.400	564.400

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	46385368	YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE	CLL 25 N 68B 47 BL 1 APTO 902	3222569908	yirapsi82@yahoo.es	
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
		93507741	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$564.400	

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	Excarcelado	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 46385368	LOPEZ LAVERDE YIRA TATIANA	59	0			N								X									230301	1.824.000	30	291.900	0	0	0	0	EPS037	1.824.000	30	228.000	14-7	1.824.000	30	3	44.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Yira tatiana lopez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 564.400,00
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 15/07/2026
CUS: 481912831

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.

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 Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

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
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf
PS_7674_2025_DICIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7674_2025_DICIEMBRE_PLANILLAS.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf
PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE.pdf	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf
PS_7674 _2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7674 _2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf
COMUNICACION SUPERVISOR PS 7674 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7674 2025 8-5-26.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MARZO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MARZO_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ABRIL_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ABRIL_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf
PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf

Cancelar