

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS		CC:	1001201905	
CORREO ELECTRÓNICO:	FARIZACARDIO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3004718110	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 59 SUR 66 03		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008900795678

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7599 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.684.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS
PS_7599_2025_B2A40E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS

CC: 1001201905

CEL: 3004718110

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS

CON C.C N°

1.001.201.905

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 7599 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/14
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.788.480	No. HORAS EJECUTADAS	104
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.201.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.684.800
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
------------------------------------------------	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
------------------------------------------------------	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
-------------------------------	-----------------------------------

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. Realizar el contacto inicial y captación de la población objeto.1.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Realizar llamadas telefónicas a los usuarios asignados según el motivo por el cual fueron canalizados, estableciendo el primer contacto para iniciar el proceso de seguimiento institucional.1.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
2	OBLIGACIÓN 2. Verificar y depurar la calidad de la información de contacto. 2.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Validar la veracidad de los datos suministrados en la base de datos; en caso de identificar un número equivocado, se procede a registrar la observación técnica correspondiente para la depuración del sistema.2.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
3	OBLIGACIÓN 3. Gestionar el consentimiento para el seguimiento institucional.3.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Consultar de manera explícita al usuario contactado si autoriza a la EPS para realizar llamadas de seguimiento y gestión de servicios de salud, registrando la respuesta afirmativa o negativa.3.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
4	OBLIGACIÓN 4. Ejecutar el protocolo de persistencia en el contacto (Jornada Mañana).4.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Realizar tres (3) intentos de contacto telefónico durante la jornada de la mañana para aquellos usuarios que no han podido ser contactados previamente, garantizando la oportunidad en la captación.4.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
5	OBLIGACIÓN 5. Ejecutar el protocolo de persistencia en el contacto (Jornada Tarde).5.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Realizar tres (3) intentos de contacto telefónico durante la jornada de la tarde para asegurar la efectividad del seguimiento y agotar las posibilidades de comunicación con el usuario.5.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
6	OBLIGACIÓN 6. Documentar las novedades y respuestas de la población contactada.6.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Registrar de manera detallada en el campo de observaciones la información suministrada por el usuario durante la entrevista telefónica, manteniendo la fidelidad de los datos reportados.6.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
7	OBLIGACIÓN 7. Garantizar la efectividad en la canalización de usuarios.7.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Gestionar las bases de datos hasta conseguir un contacto efectivo o agotar los intentos protocolarios, asegurando que la población canalizada reciba la orientación necesaria.7.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
8	OBLIGACIÓN 8. Mantener la trazabilidad de las acciones de seguimiento telefónico.8.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Consolidar el registro de cada intento de llamada realizado, especificando fechas, horas y resultados obtenidos para justificar la gestión ante la entidad contratante.8.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
9	OBLIGACIÓN 9. Reportar oportunamente los resultados de la gestión a la EPS.9.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Organizar y procesar la información recolectada durante la semana para dar respuesta formal sobre el estado de cada usuario efectivo a la EPS correspondiente.9.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.
10	OBLIGACIÓN 10. Cumplir con los estándares de oportunidad en la entrega de información.10.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Revisar y validar que la totalidad de los usuarios asignados cuenten con una respuesta de seguimiento clara y documentada para el cierre de ciclo semanal de reportes.10.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6011318134	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/13	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <i>FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS</i> <i>PS_7599_2025_B2A40E</i> <hr/> FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS CC: 1001201905
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>YULIETH DIAZ NIETOPEN</i> <i>PS_7599_2025_B2A40E</i> <hr/> YULIETH DIAZ NIETOPEN SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE</i> <i>PS_7599_2025_B2A40E</i> <hr/> LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE SUPERVISOR DEL CONTRATO



⬇ Pago realizado

Pago en
Soi Ach

¿Cuánto?
\$ 547.800,00

Fecha
20 de mayo de 2026 a las 11:21 a. m.

Referencia
M06903326

Superintendencia
Financiera
de Colombia

VIGILADO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1001201905	NÚMERO PLANILLA:	6015599529	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	TRANSVERSAL 127CBIS # 139A - 52	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	2026	AÑO:	abril AÑO
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	5316079	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	322857369
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr		2026/05/20		
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.100	\$ 0	\$ 280.200	\$ 3.100	\$ 0	\$ 283.300		
SUBTOTALES:											\$ 280.200	\$ 3.100	\$ 0	\$ 283.300	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 2.400	\$ 0	\$ 218.900	\$ 2.400	\$ 0	\$ 221.300
SUBTOTALES:											\$ 218.900	\$ 2.400	\$ 0	\$ 221.300		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 42.700	\$ 500	\$ 0	\$ 43.200	
SUBTOTALES:											\$ 42.700	\$ 500	\$ 0	\$ 43.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1001201905	ARIZA VARGAS FERNANDA MAYERLY	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	\$ 100120190	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL PAGADO: \$ 547.800