

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA		CC:	1077445836	
CORREO ELECTRÓNICO:	LEPA239018@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3217946668	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 7C 2 77 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	175010122

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7646 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.944.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA  
PS\_7646\_2025\_B7FC19

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA

CC: 1077445836

CEL: 3217946668

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

**LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA**

CON C.C N°

1.077.445.836

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO ETNICO 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
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7646 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/14</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.517.120	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>173</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 44.469.120	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.944.400
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ANA MARGARET RABA SIERRA
-------------------------------	--------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	1. 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 ACTIVIDAD DESARROLLADA: PRESTÉ MIS SERVICIOS DE ENFERMERÍA CON CALIDAD Y PUNTUALIDAD, ASEGURANDO EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR, GARANTIZANDO 1.2: EVIDENCIA: LA ATENCIÓN EFECTIVA A LA COMUNIDAD DE LA LOCALIDAD DE CANDELARIA Y SANTA FE EN ATENCIÓN DE MEDICINA ANCESTRAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL EN EL QUILOMBO CHANGO UBICADO EN LA CASA AFRO
---	--

2	2.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 ACTIVIDAD DESARROLLADA: PRESENTÉ OPORTUNAMENTE EL CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDADES PLANIFICADAS PARA EL PRESENTE MES Y ENTREGUÉ UN INFORMACION DETALLADA CON TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS 2.2 EVIDENCIAS: LAS INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE EL PRESENTE MES LAS CUALES POR META CORRESPONDÍAN A 27 PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, 8 TÉCNICAS DE CURACIÓN ANCESTRAL Y 4 SESIONES DE APECHONTERÍAS.
---	--

3	3.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 ACTIVIDAD DESARROLLADA. APOYÉ LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXTRAMURALES, PROPORCIONANDO TODA LA INFORMACIÓN Y SOPORTES SOLICITADOS, CUMPLIENDO CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL CONVENIO VIGENTE. 3.2 EVIDENCIA: SE REALIZAN VISITAS DOMICILIARIAS A USUARIOS CON NECESIDAD DE ATENCIÓN EN MEDICINA ANCESTRAL VINCULADOS AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON LOS SIGUIENTES NÚMEROS DE PREDIOS 846940, 54276, 148306, 518168, 840822, 902086, 514468, 510174, 54276, 54276, 514468, 148306, 510174, 846940 UBICADOS EN LA LOCALIDAD DE CANDELARIA Y SANTA FE.
---	---

4	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 HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: CONTRIBUÍ ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD, APOYANDO LOS PLANES DE MEJORAMIENTO RELACIONADOS CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.2 EVIDENCIA: SE REALIZAN CORRECCIONES DE PLANILLAS POR MEJORA EN LA CALIDAD DEL DATO CON NÚMERO DE PREDIO 902086 CON CÓDIGO DE FAMILIA 551108 CORRESPONDIENTE A LA SEÑORA LIGIA MARTÍNEZ, POR ERROR DE DIGITACIÓN EN DOCUMENTO DE IDENTIDAD.
---	---

	5.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 ACTIVIDAD DESARROLLADA: PARA EL PRESENTE MES SE REALIZA APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS.
--	---

5	5.2: SE REALIZA ACTA DE APROPIACION DE LINEAMIENTOS CON FECHA DEL 01/04/2026
6	<p>6.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.</p> <p>6.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: DESARROLLÉ PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE MI SABER DISCIPLINAR, ATENDIENDO LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEFINIDOS EN EL CONVENIO PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL.</p> <p>6.2 EVIDENCIA: SE ASISTE AL COMITÉ EN SAN JOSE OBRERO CEDE ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.</p>
7	<p>7.REALIZAR LA REVISIÓN, 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.</p> <p>7.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: REALICÉ LA REVISIÓN EXHAUSTIVA, EL ALISTAMIENTO Y LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS E INFORMES GENERADOS EN CADA INTERVENCIÓN, ASEGURANDO SU CALIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS.</p> <p>7.2 EVIDENCIA: SE REALIZA ENTREGA DE 27 PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON FECHAS DE 5-8-10-14-17-23-24 DEL PRESENTE MES, SESIONES DE MEDICINA ANCESTRAL CON FECHAS DE 4-6-9-11-13-18-20-23, SESIONES DE APECHONTERÍA CON FECHAS DE 7-15-19-24 DEL PRESENTE MES, CORRESPONDIENTE A LA META ESTABLECIDA.</p>
8	<p>8. ARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.</p> <p>8.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: PARTICIPÉ Y GESTIONÉ ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES NECESARIOS PARA FACILITAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEFINIDAS EN LOS PROCESOS DEL CONVENIO, PROMOVRIENDO LA INTEGRACIÓN CON LA COMUNIDAD.</p> <p>8.2 EVIDENCIA: SE REALIZA ARTICULACIÓN PARA LA GENERACIÓN DE ESPACIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES COLECTIVAS DE APECHONTERÍAS DEL QUILOMBO CHANGO CON EL OBJETIVO DE DAR A CONOCER LA ESTRATEGIA QUILOMBO DE MEDICINA ANCESTRAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA CASA COMUNITARIA EGIPTO EN LA LOCALIDAD DE SANTA FE</p>
9	<p>9.ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.</p> <p>9.1ACTIVIDAD DESARROLLADA: LA PROFESIONAL SE MANTUVO EN OBSERVANCIA PARA REALIZAR LAS RESPECTIVAS NOTIFICACIONES DADO EL CASO DE MANERA OPORTUNA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA ENCONTRADOS DURANTE MIS INTERVENCIONES, CUMPLIENDO CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.</p> <p>9.2 EVIDENCIA:NO SE REALIZA NOTIFICACIÓN DE EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.</p>
10	<p>10. 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.</p> <p>10.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA:PARTICIPÉ ACTIVAMENTE EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS), CONTRIBUYENDO AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS DEL CONVENIO.</p> <p>10.2 EVIDENCIA:PROFESIONAL CON DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDAD.</p>
11	<p>11.VELAR POR LA CORRECTA GESTION DE ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL REFERENTE A SU PERFIL.</p> <p>11.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA:PROFESIONAL REALIZA DE MANERA CORRECTA GESTIÓN Y ARCHIVO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN GENERADA, ASEGURANDO QUE SE CUMPLIERA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL CORRESPONDIENTE A MI PERFIL PROFESIONAL.</p> <p>11.2 EVIDENCIA: ENTREGA DE MANERA EFICAZ LOS DOCUMENTOS QUE VALIDAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA COMUNIDAD A LA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE ETNIAS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.</p>
12	<p>12.REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION.</p> <p>12.1ACTIVIDAD DESARROLLADA: CUMPLÍ CON LAS DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y ATENDÍ OPORTUNAMENTE LOS REQUERIMIENTOS ADICIONALES SOLICITADOS POR LA SUPERVISIÓN DURANTE EL PRESENTE MES.</p> <p>12.2 EVIDENCIA: SE REALIZA ENTREGA OPORTUNA DE SOPORTES Y SE CUMPLE CON ASISTENCIAS A COMITÉS OPERATIVOS.</p>
13	<p>13.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 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, TAMIZAJES, TOMA DE SIGNOS VITALES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.]</p> <p>13.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA:DILIGENCIÉ DIARIAMENTE, CON VERACIDAD Y CALIDAD, LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINÁMICA Y GTAPS, REGISTRANDO MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES Y TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE CADA INTERVENCIÓN.</p> <p>13.2 EVIDENCIA:SE EVIDENCIA CARGUE EN EL APLICATIVO CON TODOS LOS ÍTEMS CORRESPONDIENTES A CADA VISITA REALIZADA.</p>

14	<p>14.DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.</p> <p>14.1ACTIVIDAD DESARROLLADA: DILIGENCIÉ Y ENTREGUÉ EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON DATOS VERACES Y COMPLETOS, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y DENTRO DEL TIEMPO REQUERIDO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN.</p> <p>14.2EVIDENCIA: SE ENTREGAN FORMATOS DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, ACTAS Y TÉCNICAS DE CURACIÓN Y APECHONTERÍAS CORRESPONDIENTES AL PRESENTE MES.</p>
15	<p>15.DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACION DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA), 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 INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA EN EL CONVENIO.</p> <p>15.1ACTIVIDAD DESARROLLADA: LA PROFESIONAL SE ENCUENTRA EN OBSERVANCIA PARA REALIZAR NOTIFICACIÓN EN CASO TAL QUE SE PRESENTE UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, NOTIFICACIÓN SIVIGILA, SIVIM Y SISVECOS SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO, ASEGURANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA AUDITORÍA.</p>
16	<p>16.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.</p> <p>16.1 ACTIVIDAD REALIZADA:CUMPLÍ RIGUROSAMENTE CON TODAS LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DERIVADOS, CONFORME A LAS RESPONSABILIDADES PROPIAS DE MI PERFIL.</p> <p>16.2 EVIDENCIA: SE CUMPLIÓ CON EL 100% DE LA META ADQUIRIDA PARA EL PRESENTE MES, CORRESPONDIENTE A 27 PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, 8 TÉCNICAS DE CURACIÓN Y 4 SESIONES DE APECHONTERÍA DE MANERA EFICAZ.</p>

### 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° 6012292120	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/15	\$ 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**



*LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA*

*PS\_7646\_2025\_B7FC19*

**LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA**

**CC: 1077445836**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*

*PS\_7646\_2025\_B7FC19*

**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*ANA MARGARET RABA SIERRA*

*PS\_7646\_2025\_B7FC19*

**ANA MARGARET RABA SIERRA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

## 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:	1077445836	NÚMERO PLANILLA:	<b>6016023868</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	LESLEY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	B/LAS MERCEDES	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	abril AÑO 2026	8	abril AÑO 2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	6725596	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	321785775
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
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		
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.700	\$ 0	\$ 280.200	\$ 1.700	\$ 0	\$ 281.900		
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 280.200</b>	<b>\$ 1.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 281.900</b>		

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 218.900	\$ 1.300	\$ 0	\$ 220.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 218.900</b>	<b>\$ 1.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 220.200</b>			

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			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 42.700	\$ 300	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 300	\$ 0	\$ 43.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 42.700</b>	<b>\$ 300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 43.000</b>		

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
1	CC 1077445836	ARBOLEDA MOSQUERA LESLEY PAOLA	INDEPENDIENTE		\$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	\$ 1077445836	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 545.100**



¡Hola, lesly paola arboleda!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

Valor: \$545,100.00

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Fecha de la transacción: 19/05/2026

CUS: 321785775

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Tu encuentra 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 se pondrá en contacto contigo 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>