

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | SULEYMA IBARRA OBANDO | | CC: | 59166467 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | obandosuli40@gmail.com | | TELÉFONO: | 3127579793 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | DG 14 BIS 5424 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 008400858919 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 6947 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 4.195.200 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/10/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |



SULEYMA IBARRA OBANDO
PS_6947_2025_B4D623

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SULEYMA IBARRA OBANDO

CC: 59166467

CEL: 3127579793

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

SULEYMA IBARRA OBANDO

CON C.C N°

59.166.467

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO SOCIOLOGO 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 6947 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/10/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 4.195.200 | No. HORAS EJECUTADAS | 184 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 37.756.800 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.195.200 |
|---|---------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS OCHO (8) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

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 plan de intervenciones colectivas en el distrito capital según convenio pspic vigente y suscrito entre el fds y la subred. 1.1 Actividades desarrolladas: implementación de sesiones colectivas acciones cuidadoras de la comunidad negra y afrocolombiana, articulación sectorial e intersectorial. ficha técnica para el desarrollo de las piezas educativas a demanda. Se trabajó en el documento de profundización. 1.2. Productos (evidencias): acta con listado de asistencia de las sesiones colectivas formato sesiones colectivas mensual. informe de gestión: que evidenció los avances mensuales de las actividades y que incluyó la socialización de avance del plan de acción con la instancia consultiva de la comunidad negra, afrocolombiana, articulación sectorial e intersectorial, reporte de jornadas desarrolladas, grupos focales y socialización e implementación de acciones cuidadoras, alimentación del mapeo de actores.
https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1

2 Obligación 2: presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, se realizó elaboración del cronograma con su respectivo envío . 2.1 Actividades desarrolladas: se elabora con las actividades establecidas y pactadas con instituciones, lideres o comunidad, se realiza ajustes del documento de profundización. 2.2 Productos (evidencias): se realiza entrega magnética en drive.
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1bNEN1RIdMejFPGoxN3_ihaO4zQYxi6O_/edit?gid=1023600693#gid=1023600693

3 Obligación 3: apoyar la prestación de servicios en el plan de intervenciones colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio pspic vigente y suscrito entre el fds y la subred. 3.1 Actividades desarrolladas: implementación de sesiones colectivas acciones cuidadoras de la comunidad negra, afrocolombiana, identificación de factores protectores. 3.2 Productos (evidencias): actas en medio magnético, pero la información se comparte magnética en el siguiente link.
https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1

4 Obligación 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 habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: acudir y aportar positivamente y oportunamente a convocatorias para el desarrollo del área correspondiente. 4.2 Productos (evidencias): actas, fotografía, mediante medio magnético. Este mes se compartió mediante whatsapp piezas comunicativas.

5 Obligación 5: cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el sds y la subred. 5.1 Actividades desarrolladas: se realizó encuentros de implementación con la comunidad, identificación de factores protectores, implementación de las acciones cuidadoras, actualización de información y vinculación de nuevos actores. 5.2 Productos (evidencias): entrega medio magnético de actas, formato de secciones colectivas. Para dicho cumplimiento se realizó elaboración del documento de profundización y de igual manera la proyección en el plan de acción.
https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1

6 Obligación 6: realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio pspic vigente y suscrito entre el sds y la subred. 6.1 Actividades desarrolladas: leer detenidamente analizando cada concepto desde mi perfil e incluir los anexos y lineamientos correspondientes del convenio pspic vigente y suscrito entre el sds y la subred, se realizó ajuste del documento de profundización del 6.2 Productos (evidencias): actas de apropiación conceptual en medio magnético.
https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1

| | |
|----|--|
| 7 | Obligación 7: realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio interadministrativo pspic. 7.1 Actividades desarrolladas: se revisó la documentación correspondiente a las actividades. 7.2 Productos (evidencias): mediante la elaboración de actas, mapeo de actores, drive, informes en medio magnético. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballiderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballiderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1 |
| 8 | Obligación 8: notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 Actividades desarrolladas: socializar en cada implementación de las acciones cuidadoras los diferentes eventos de salud pública en cada localidad donde se tiene incidencia. 8.2 Productos (evidencias): mediante whatsapp, flyers. Se publicó mediante whatsapp Flyer para la implementación de acción cuidadora. |
| 9 | Obligación 9: organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 Actividades desarrolladas: organizar cada archivo de acuerdo a lo establecido y expuesto en los fortalecimiento y capacitaciones. 9.2 Productos (evidencias): actas con sus respectivos listados. Se organiza documentación de en el formato FIUD. Se comparte en el siguiente link. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballiderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballiderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1 |
| 10 | Obligación 10: dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del pspic, de acuerdo a su competencia: canalizaciones, pai, educación para la salud pública, gesi, accvsye, notificación de eisp y participación social. 10.1 Actividades desarrolladas: mediante la identificación en la implementación de acciones cuidadoras identificar necesidades de la población para realizar el direccionamiento oportuno. 10.2 Productos (evidencias): mediante llamada telefónica, formato físico o magnético y articulaciones. Hasta la fecha no se han identificado casos para remitir a canalizaciones. |
| 11 | Obligación 11: el contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del ffd sds al convenio interadministrativo pspic (conforme al anexo de criterios de glosa), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 11.1 Actividades desarrolladas: cumplir con cada una de las obligaciones establecidas. 11.2 Productos (evidencias): actas, plan de acción, implementación de acciones cuidadoras con planeación y concertación comunitaria, plan de acción, mapeo de actores, articulaciones, informes trimestrales, ajustes de fichas educativas y flyer para las diferentes implementaciones.. Hasta la fecha se cuenta con todas las obligaciones al día. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballiderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballiderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1 |
| 12 | Obligación 12: realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 12.1 Actividades desarrolladas: realizar a cabalidad las actividades inherentes a mi contrato que se requieran por parte de la supervisión. 12.2 Productos (evidencias): mediante actas o medio magnético. Todas las actividades están adscritas en el siguiente link. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/personal/sancristoballiderlocal_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsancristoballiderlocal%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FPRODUCTO%2089&ga=1 |

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° 4646816651 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/04/27 | \$ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/04/27 | \$ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/04/27 | \$ 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 ibr 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



SULEYMA IBARRA OBANDO

PS_6947_2025_B4D623

SULEYMA IBARRA OBANDO

CC: 59166467

FIRMA DE QUIEN VALIDA



BRISSETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ

PS_6947_2025_B4D623

BRISSETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ

SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

PS_6947_2025_B4D623

MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

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: 59166467 | | | | | NÚMERO PLANILLA: 4646816651 | | | | | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES | | | | |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CALI DEPARTAMENTO: SULEYMA IBARRA OBANDO IBARRA OBANDO | | | | | VALLE | | | | | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES abril AÑO 2026 | | | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2026 | | | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: PUERTO ARANDA CL 14 BIS 54 32 | | | | | TELÉFONO: 7777777 | | | | | DÍAS DE MORA: 0 | | | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996565678 | | | | |
| DIRECCIÓN: 02-INDEPENDIENTE | | | | | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE | | | | | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/27 | | | | | | | | | |
| TIPO APORTANTE: PRIVADA | | | | | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO EMPRESA: ÚNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 280.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 280.200 |

| 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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | \$ 0 | | \$ 0 | | \$ 0 | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 218.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 218.900 | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-----------|------|------------------|--------------|-------------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | 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 | \$ 42.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 42.700 | \$ 0 | \$ 42.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | \$ 42.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 42.700 |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------------|-----------|------|------------------|-------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO | | | | | | | | | |
| CCF56 | CCF56-COMFENALCO VALLE | 1 | \$ 35.100 | \$ 0 | \$ 35.100 | | | | | | | | | |
| SUBTOTALES: | | | | | \$ 35.100 | \$ 0 | \$ 35.100 | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------------|----------------|----------------------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|------------|------------------|-------------|---------------------|----------|---------------------------|---------------|--|----------|-----------|------------|-------------|---------------|------------------|----------|-----------|-------------------|---------------|-----------|-----------|------------------------|-----------|------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TAP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APOORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APOORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APOORTE | DÍAS COT | IBC | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 59166467 | IBARRA OBANDO SULEYMA | INDEPENDIENTE | CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | \$ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 280.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | 1.750.905 | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | 1.750.905 | \$ 42.700 | \$ 0 | \$ 42.700 | 1.750.905 | CCF56-COMFENALCO VALLE | \$ 35.100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | | | | | | | | | | | | | | | |

TOTAL PAGADO: \$ 576.900

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|-------------------------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 59166467 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | SULEYMA IBARRA OBANDO IBARRA OBANDO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | PUERTO ARANDA CL 14 BIS 54 | TELÉFONO: 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 4646816651 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN: | MES: abril | PERIODO COTIZACIÓN MES: abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996565678 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | TOTALES | |
|---------------------|--|--|------------|--------------|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

| PENSIÓN | | | | |
|------------------|--------|-----------------|----------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | \$ 280.200 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 280.200 |

| SALUD | | | | |
|------------------|--------|--|----------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | \$ 218.900 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 218.900 |

| CAJA DE COMPENSACIÓN | | | | |
|----------------------|--------|------------------------|----------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8903030935 | CCF56 | CCF56-COMFENALCO VALLE | 1 | \$ 35.100 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 35.100 |

| RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|-----------------------|--------|------------------|----------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | \$ 42.700 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 42.700 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 576.900 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 576.900 |

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640109882
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 25/04/2026 10:06:07
PAP: 910117
Identificacion: 59166467
Nombre: SULEIMA
Apellido 1: IBARRA
Apellido 2: OVANDO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3186658964
Codigo Planilla: 4646816651
Periodo Pago: 2026/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 59166467 Valor: \$576.900,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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_6947_2025_OCTUBRE_AFILIACIONES.pdf (Archivado) | PS_6947_2025_OCTUBRE_AFILIACIONES.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| PS_6947_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado) | PS_6947_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf (Archivado) | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE (2).pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE (2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf (Archivado) | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 6947 2025 24-3-2026.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 6947 2025 24-3-2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf (Archivado) | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO DEL 1-19 DE 2026.pdf (Archivado) | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO DEL 1-19 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO DEL 20-31 DE 2026.pdf (Archivado) | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO DEL 20-31 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 6947 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >