

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ABELITA ARCE NAYAZA		<b>CC:</b>	25001113	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	ARCENAYAZAABELITA02@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3214965743	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 13 20 25		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	457900084619

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7394 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.410.400
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/07	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/07/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ABELITA ARCE NAYAZA  
PS\_7394\_2025\_F631DD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ABELITA ARCE NAYAZA

CC: 25001113

CEL: 3214965743

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

**ABELITA ARCE NAYAZA**

**CON C.C N°**

**25.001.113**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO GESTOR 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 7394 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/07</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.008.667	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 26.112.667	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.410.400
---	---------------	--	--------------

<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>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

<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	OBLIGACION 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE ACOMPAÑAMIENTO A LOS EQUIPOS DURANTE LAS ACCIONES DE TIPO FAMILIAR, COMUNITARIO Y ACCIONES CON ENFOQUE EN MEDICINA ANCESTRAL, CON EL FIN DE IDENTIFICAR NECESIDADES DE GESTIÓN Y DISMINUCIÓN DE BARRERAS DE ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE EN MUJERES GESTANTE. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR Y FORMATO DE ACTAS DE LA SESION
---	---

2	OBLIGACION 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ELABORACIÓN Y ENTREGA MENSUAL DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, INCLUYENDO SEGUIMIENTOS A MUJERES GESTANTES , VISITAS Y ACCIONES DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN POBLACIÓN INDÍGENA EMBERA. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CON RETROALIMENTACIÓN DIARIA
---	---

3	OBLIGACION 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTE OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN DE MANERA DIARIA Y SOPORTES DERIVADOS DE LOS SEGUIMIENTOS REALIZADOS A POBLACIÓN INDÍGENA EMBERA, CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR Y FORMATO DE ACTAS DE LA SESION
---	--

4	OBLIGACION 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: REALICE ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS Y FAMILIAS EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD IDENTIFICANDO MUJERES EN ESTADO DE GESTACION. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR Y FORMATO DE ACTAS DE LA SESION
---	---

5	OBLIGACION 5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA REINDUCCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ACORDE A SEGUIMEITNOS RUTINARIOS 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
---	---

6	OBLIGACION 6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE EN LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE REUNION DE EQUIPO, REUNION SEGUIMEINTO A PRIORIDADES 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA.
---	---

7	OBLIGACION 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 TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DILIGENCIE FORMATO CON USUARIOS ATENDIDOS. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
8	OBLIGACION 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE ACTIVAMENTE EN LAS MESAS DE TRABAJO, SEGUIMIENTO A PRIORIDADES, REUNIONES DE EQUIPO Y ESPACIOS DE COORDINACIÓN CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES, PROMOVRIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y GARANTIZANDO EL DESARROLLO EFECTIVO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ENTREGA DEL ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA.
9	OBLIGACION 9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYE LAS TRADUCCIONES QUE SE REQUIERAN PARA MITIGAR BARRERAS DEL LENGUAJE PARA DAR CLARIDAD A LOS USUARIOS SOBRE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LAS INTERVENCIONES 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
10	OBLIGACION 10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS) RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO A POBLACIÓN INDÍGENA EMBERA 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA.
11	OBLIGACION 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DILIGENCIE FORMATO CON USUARIOS ATENDIDOS. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
12	OBLIGACION 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE EN LA GENERACIÓN DE CONTENIDOS DE LAS PIEZAS COMUNICATIVAS PARA LA COMUNIDAD DANDO A CONOCER SIGNOS DE ALARMA PARA GESTACION Y MENORES DE 5 AÑOS 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
13	OBLIGACION 13 DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD. 13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYE EN LAS TRADUCCIONES QUE SE REQUIERAN PARA MITIGAR BARRERAS DEL LENGUAJE SENSIBILICE A GESTANTES EN SIGNOS DE ALARMA 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
14	OBLIGACION 14. . GESTIONAR CASOS SOCIALES O EN SALUD. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLO ACTIVIDADES EN PRO A ESTRATEGIA ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
15	OBLIGACION 15. IDENTIFICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES).. 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYE LA DEMANDA INDUCIDA, DILIGENCIE FORMATO CON USUARIOS ATENDIDOS POR PARTERIA. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
16	OBLIGACION 16 FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACIÓN CON LOS ACTORES ESTRATÉGICOS (SECTORES-COMUNIDAD Y LÍDERES)16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
17	OBLIGACION 17. APOYO A PERFILES ANCESTRALES). 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYE Y PARTICIPE ACTIVAMENTE EN JORNADAS ANCESTRALES Y DE PARTERIA. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA.
18	OBLIGACION 18. ARTICULACIÓN CON LÍDERES LOCALES PARA IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS FAMILIAS. 18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE ARTICULACIÓN CON LÍDERES INDÍGENAS PARA IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS FAMILIAS Y NUEVAS GESTANTES. 18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
19	OBLIGACION 19 ADQUIRIR UN AMPLIO CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD LOCAL, DE LAS EXPRESIONES CULTURALES, NECESIDADES SOCIALES Y PROYECTOS PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, ADICIONAL A ELLO FACILITA EL PRIMER CONTACTO CON LA COMUNIDAD EN SUS DIFERENTES ESPACIOS, POR LO CUAL SE REITERA LA NECESIDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE POR PARTE DEL MISMO A LOS EQUIPOS DURANTE LAS ACCIONES DE TIPO FAMILIAR, COMUNITARIO Y ACCIONES CON ENFOQUE EN MEDICINA ANCESTRAL, CON EL FIN DE IDENTIFICAR NECESIDADES DE GESTIÓN Y DISMINUCIÓN DE BARRERAS DE ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD, ADICIONAL A ELLO DEBERÁ: DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD GESTIONAR CASOS SOCIALES O EN SALUD. 19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYAR LA DEMANDA INDUCIDA, INDICAR CITAS MÉDICAS Y RUTA DE LA SALUD PARA TRASLADOS DE POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

20	OBLIGACION 20. IDENTIFICAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES). 20.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE POR PARTE DEL MISMO A LOS EQUIPOS DURANTE LAS ACCIONES DE TIPO FAMILIAR, COMUNITARIO Y ACCIONES CON ENFOQUE EN MEDICINA ANCESTRAL, CON EL FIN DE IDENTIFICAR NECESIDADES DE GESTIÓN Y DISMINUCIÓN DE BARRERAS DE ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD. 20.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
21	OBLIGACION 21. REALIZAR FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACIÓN CON LOS ACTORES ESTRATÉGICOS (SECTORES-COMUNIDAD Y LÍDERES) 21.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
22	OBLIGACION 22. APOYAR A PERFILES ANCESTRALES. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE ACTIVIDADES DE MEDICINA ANCESTRAL Y PARTERIA EN PRO DE LA COMUNIDAD EMBERA 22.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
23	OBLIGACION 23. ARTICULACIÓN CON LÍDERES LOCALES PARA IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS FAMILIAS. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE PARTICIPACION ACTIVA CON LOS LIDERES DE LA COMUNIDAD EMBERA PARA PODER REALIZAR RECORRIDO E IDENTIFICACION DE LAS FAMILIAS NUEVAS Y GESTANTES NUEVAS 23.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
24	OBLIGACION 24. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACION ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYO EN LAS TRADUCCIONES QUE SE REQUIERAN PARA MITIGAR BARRERAS DEL LENGUAJE. DISPONIBILIDAD PARA LAS ATENCIONES QUE SE REQUIERAN EN EL MARCO DE LA SITUACIÓN EMERGENTE 24.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) FORMATO DE PLANILLA DE ACCIONES DE GESTION EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

### 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° 76960271	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 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 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**



*ABELITA ARCE NAYAZA*

*PS\_7394\_2025\_F631DD*

**ABELITA ARCE NAYAZA**

**CC: 25001113**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*

*PS\_7394\_2025\_F631DD*

**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\_7394\_2025\_F631DD*

**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	25001113	ABELITA ARCE NAYAZA		CARRERA 13 20 25	3222498592	K.dayana.rojas0208@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
		76960271	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$544.300	

## 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	6	1.000	0	219.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	6	1.300	0	281.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	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
<b>SENA</b>				
0	6	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	6	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>544.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	25001113	ABELITA ARCE NAYAZA		CARRERA 13 20 25	3222498592	K.dayana.rojas0208@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
		76960271	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$544.300	

## 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	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPV	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCION	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 25001113	ARCE NAYAZA ABELITA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Heidy lizeth Igua Patiño &lt;heidy.subredco@gmail.com&gt;

**Rv: PSE - Transacción Aprobada  CUS 302957868**

karen dayana rojas &lt;alis\_012@hotmail.com&gt;

Wed, May 20, 2026 at 8:16 PM

To: "higua.subredcentrooriente@gmail.com" &lt;higua.subredcentrooriente@gmail.com&gt;, "heidy.subredco@gmail.com" &lt;heidy.subredco@gmail.com&gt;

De: [serviciopse@achcolombia.com.co](mailto:serviciopse@achcolombia.com.co) <[serviciopse@achcolombia.com.co](mailto:serviciopse@achcolombia.com.co)>

Enviado: martes, 12 de mayo de 2026 4:04 p. m.

Para: [alis\\_012@hotmail.com](mailto:alis_012@hotmail.com) <[alis\\_012@hotmail.com](mailto:alis_012@hotmail.com)>Asunto: PSE - Transacción Aprobada  CUS 302957868**¡Hola, Karen dayana rojas velasquez!****Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 544.300**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 12/05/2026**CUS:** 302957868

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.



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

< Ev.

### 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	Cargado
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveer
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf.pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf.pdf	Proveer
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025..pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025..pdf	Proveer
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveer
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveer
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveer
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7394 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7394 2025 8-5-26.pdf	Compr
<input type="checkbox"/> PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf.pdf	PS_7394_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf.pdf	Proveer

Cancelar

< Ev.