**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: (30-06-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS** | | | **CC:** | **1023904030** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **paulaerazoramosSCO@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3166264009** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 150 12 A 43** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **009970527454** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6966 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 22.355** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/07/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30** | | | | |

*PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS*
*PS_6966_2025_6F49C6*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS**
**CC: 1023904030**
**CEL: 3166264009**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.023.904.030** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA 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 6966 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.839.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **1** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 58.376.795 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 22.355 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DIEZ (10) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ | | |

| 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 | 1.1. OBLIGACIONES: 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. 1.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presté servicios con autonomía técnica para la implementación de la Acción de Bienestar 78: Espacios Amigos para MÁS Bienestar Materno Infantil. 1.3. ENTREGABLES: Informe de actividades Abril 2026. |
| 2 | 2.1. OBLIGACIONES: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligencié la Hoja de cálculo compartida en Drive "CRONOGRAMA VIGENCIA 2026" 2.3. ENTREGABLES: CRONOGRAMA ACTIVIDADES ABRIL 2026. |
| 3 | 3.1. OBLIGACIONES: 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. 3.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañé técnicamente la implementación de estrategia SAFL en el entorno laboral; Diligencié la base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL"; Generé el informe de actividades Abril 2026. 3.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado; Base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL"; Informe de actividades Abril 2026. |
| 4 | 4.1. OBLIGACIONES: 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. 4.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organicé los productos generados durante el periodo. 4.3. ENTREGABLES: Carpeta de producto del 1 al 30 de Abril del 2026. |
| 5 | 5.1. OBLIGACIONES: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública y conforme a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 5.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplí con las acciones de implementación de la Estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL) del Entorno Cuidador Laboral con calidad. 5.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado; Base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL"; Informe de actividades Abril 2026. |
| 6 | 6.1. OBLIGACIONES: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hice lectura y revisión de las fichas técnicas vigentes. 6.3. ENTREGABLES: Actas de reunión que dieron cuenta de la apropiación de los documentos durante el desarrollo de las acciones. |
| 7 | 7.1. OBLIGACIONES: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hice acompañamiento técnico para implementación de estrategia SAFL a empresas. 7.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado. |
| 8 | 8.1. OBLIGACIONES: Gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 8.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participé en las reuniones dispuestas por la referente SAFL-L del nivel central. 8.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado. |
| 9 | 9.1. OBLIGACIONES: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participé en la mesa SAN en la cual se socializaron los casos encontrados en la Subred. 9.3. ENTREGABLES: Acta de reunión con listado de asistencia firmado. |

| | |
|---|---|
| 10 | 10.1. OBLIGACIONES: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 10.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organicé los productos generados durante el periodo. 10.3. ENTREGABLES: Carpeta de producto del 1 al 30 de Abril del 2026. |
| 11 | 11.1. OBLIGACIONES: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 11.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Debido a la pertinencia de las acciones no se realizó proceso de canalización en el presente mes. 11.3. ENTREGABLES: No se generaron soportes. |
| 12 | 12.1. OBLIGACIONES: 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 FFDS_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. 12.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisé de manera acuciosa los productos generados durante el periodo para el cumplimiento de la calidad en los datos generados. 12.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado; Base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL". |
| 13 | 13.1. OBLIGACIONES: 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. 13.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. 13.3. ENTREGABLES: Actas de reunión y listados de asistencia. |

## 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° 6011227465 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/04/10 | $ 240.700 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/04/10 | $ 308.100 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/04/10 | $ 46.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 595.700 |

## 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** | *PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS*<br>*PS_6966_2025_6F49C6*<br>**PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS**<br>**CC: 1023904030** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *OLGA LUCIA ARDINEZ PERIÑAN*<br>*PS_6966_2025_6F49C6*<br>**OLGA LUCIA ARDINEZ PERIÑAN**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ*<br>*PS_6966_2025_6F49C6*<br>**MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1023904030 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 24F 24A 10 SUR PISO 2 | TELÉFONO: | 4730952 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de la salud humana. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | **6011227465** | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2026/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 212964767 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 308.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 308.100 | $ 0 | $ 308.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 308.100** | **$ 0** | **$ 308.100** |

## 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 | $ 240.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.700 | $ 0 | $ 0 | $ 240.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 240.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 240.700** |

## 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 46.900 | $ 46.900 | $ 0 | $ 0 | $ 46.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 46.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 46.900** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 38.600 | $ 0 | $ 38.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 38.600** | **$ 0** | **$ 38.600** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

### DATOS DEL COTIZANTE

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1023904030 | ERAZO RAMOS PAULA ALEXANDRA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.925.160 | | | | NO |

### NOVEDADES

| Nº | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.925.160 | $ 308.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 308.100 |

### SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.925.160 | $ 240.700 | $ 0 | $ 240.700 |

### SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.925.160 | 102390403 | $ 46.900 |

### PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 30 | $ 1.925.160 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 634.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1023904030 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 24F 24A 10 SUR PISO 2 | TELÉFONO: | 4730952 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de la |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6011227465** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 212964767 |

## 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 | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 308.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 308.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 240.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 240.700** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 38.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 38.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 46.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 46.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 634.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 634.300** |

Planilla Pagada

# PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 212964767

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de abril de 2026 a las 14:42
Para: pau.erazo@gmail.com

## ¡Hola, PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

## Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** $ 634.300

**Empresa:** SOI ACH

**Descripción:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha de la transacción:** 10/04/2026

**CUS:** 212964767

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.

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 6966 2025 24-3-2026.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 6966 2025 24-3-2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS_6966_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado) | PS_6966_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >