**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: (31-07-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS** | | | **CC:** | **1001201905** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **FARIZACARDIO@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3004718110** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 59 SUR 66 03** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008900795678** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7599 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.980.800** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/14** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/07/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30** | | | | |

*FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS*
*PS_7599_2025_4F8BE4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS**
**CC: 1001201905**
**CEL: 3004718110**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.001.201.905** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 7599 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/14** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 1.788.480 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 32.163.480 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.980.800 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DIEZ (10) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE | | |

| 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 | OBLIGACIÓN 1. Realizar el contacto inicial y captación de la población objeto.1.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Realizar llamadas telefónicas a los usuarios asignados según el motivo por el cual fueron canalizados, estableciendo el primer contacto para iniciar el proceso de seguimiento institucional.1.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 2 | OBLIGACIÓN 2. Verificar y depurar la calidad de la información de contacto. 2.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Validar la veracidad de los datos suministrados en la base de datos; en caso de identificar un número equivocado, se procede a registrar la observación técnica correspondiente para la depuración del sistema.2.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 3 | OBLIGACIÓN 3. Gestionar el consentimiento para el seguimiento institucional.3.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Consultar de manera explícita al usuario contactado si autoriza a la EPS para realizar llamadas de seguimiento y gestión de servicios de salud, registrando la respuesta afirmativa o negativa.3.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 4 | OBLIGACIÓN 4. Ejecutar el protocolo de persistencia en el contacto (Jornada Mañana).4.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Realizar tres (3) intentos de contacto telefónico durante la jornada de la mañana para aquellos usuarios que no han podido ser contactados previamente, garantizando la oportunidad en la captación.4.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 5 | OBLIGACIÓN 5. Ejecutar el protocolo de persistencia en el contacto (Jornada Tarde).5.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Realizar tres (3) intentos de contacto telefónico durante la jornada de la tarde para asegurar la efectividad del seguimiento y agotar las posibilidades de comunicación con el usuario.5.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 6 | OBLIGACIÓN 6. Documentar las novedades y respuestas de la población contactada.6.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Registrar de manera detallada en el campo de observaciones la información suministrada por el usuario durante la entrevista telefónica, manteniendo la fidelidad de los datos reportados.6.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 7 | OBLIGACIÓN 7. Garantizar la efectividad en la canalización de usuarios.7.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Gestionar las bases de datos hasta conseguir un contacto efectivo o agotar los intentos protocolarios, asegurando que la población canalizada reciba la orientación necesaria.7.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 8 | OBLIGACIÓN 8. Mantener la trazabilidad de las acciones de seguimiento telefónico.8.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Consolidar el registro de cada intento de llamada realizado, especificando fechas, horas y resultados obtenidos para justificar la gestión ante la entidad contratante.8.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 9 | OBLIGACIÓN 9. Reportar oportunamente los resultados de la gestión a la EPS.9.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Organizar y procesar la información recolectada durante la semana para dar respuesta formal sobre el estado de cada usuario efectivo a la EPS correspondiente.9.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |
| 10 | OBLIGACIÓN 10. Cumplir con los estándares de oportunidad en la entrega de información.10.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Revisar y validar que la totalidad de los usuarios asignados cuenten con una respuesta de seguimiento clara y documentada para el cierre de ciclo semanal de reportes.10.2 ENTREGABLE: Cada martes se da respuesta a la EPS del seguimiento de cada usuario efectivo. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **1** | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | | **X** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **2** | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | | **X** |
| **3** | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | | **X** |
| **4** | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | | **X** |
| **5** | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | | **X** |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, *CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 6020679883 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2026/06/26 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/06/26 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/06/26 | $ 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** | *FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS*<br>*PS_7599_2025_4F8BE4*<br>**FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS**<br>**CC: 1001201905** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *YULIETH DIAZ NIETOPEN*<br>*PS_7599_2025_4F8BE4*<br>**YULIETH DIAZ NIETOPEN**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

Gmail

Fernanda Mayerly Ariza Vargas <farizavargas@gmail.com>

# PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 513724784

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 27 de julio de 2026 a las 10:14 a.m.
Para: farizavargas@gmail.com

## ¡Hola, Martha Lucia Vargas Gutierrez!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

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

**Valor:** $ 587.700,00

**Empresa:** SOI ACH

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

**Fecha de la transacción:** 27/07/2026

**CUS:** 513724784

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.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1001201905 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | TRANSVERSAL 127CBIS # 139A - 52 | TELÉFONO: | 5316079 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicio de apoyo a las empr |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6025453761** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio | AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 25 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/07/27 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 513724784 | | |

## 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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.200 | $ 0 | $ 280.200 | $ 5.200 | $ 285.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 5.200** | **$ 285.400** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 4.100 | $ 0 | $ 218.900 | $ 4.100 | $ 0 | $ 223.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 4.100** | **$ 0** | **$ 223.000** |

## 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 | $ 800 | $ 0 | $ 43.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 42.700** | **$ 800** | **$ 0** | **$ 43.500** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 35.100 | $ 700 | $ 35.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 35.100** | **$ 700** | **$ 35.800** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1001201905 | ARIZA VARGAS FERNANDA MAYERLY | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 100120190 | $ 42.700 | 30 | $ 1.750.905 | CCF24-COMPENSAR | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 587.700**