

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                    | JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ        |                                                  |         | CC:          | 1007351762   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                     | juanguillermoramosruiz@gmail.com |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3209592708   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | KR 24 A 1H 57                    |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                | BANCO DAVIVIENDA S.A.            | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 488437144600 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                        | PS 6569 2025                     | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 3.293.600 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                | 2025/10/01                       | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31     |                                                  |         |              |              |
| <div><div>JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ<br/>PS_6569_2025_DA26F6</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ<br/>CC: 1007351762<br/>CEL: 3209592708</div> |                                  |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ

CON C.C N° 1.007.351.762

|                      |                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNÓLOGO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 6569 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/10/01   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 3.293.600    | No. HORAS EJECUTADAS                      | 184          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 36.229.600   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.293.600 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | DIEZ (10) MESES |                                           |              |

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE     |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil tecnólogo, en las localidades asignadas. 1.2. Producto (evidencia): Formatos físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                           |
| 2    | 2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1. Actividades desarrolladas: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la secretaría Distrital de Salud, alimentadas de manera diaria y de acuerdo a lo establecido por el líder operativo. 2.2. Producto (evidencia): Censo establecido y direccionado por la Secretaría Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3    | 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: Se presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes. 3.2. Producto (evidencia): Formatos físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                     |
| 4    | 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: Apoyo de internos al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 4.2. Producto (evidencia): Formatos físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                               |
| 5    | 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 TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROCESO DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL-VSA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 5.1. Actividades desarrolladas: Apropiación conceptual de los lineamientos técnicos enviados desde el nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la línea de intervención. 5.2. Producto (evidencia): Acta en poder del líder de la línea de alimentos sanos y seguros.                                                                                                                                   |
| 6    | 6. Obligación 6. DESARROLLAR LOS PROCESOS DESCRITOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL-VSA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC, SEGÚN LAS COMPETENCIAS DE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFICANDO LA NORMATIVIDAD SANITARIA Y GARANTIZANDO LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO QUE PUEDAN PONER EN PELIGRO A LA SALUD PÚBLICA. 6.1. Actividades desarrolladas: Se realizan visitas de IVC a: Panaderías, cafeterías, fruterías, Expendios de bebidas alcohólicas, Expendios minoristas, Operativos de alimentos y bebidas. 6.2. Producto (evidencia): Formatos físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. |
| 7    | 7. Obligación 7. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DIFERENTES PROCESOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A SU SABRE DISCIPLINAR Y TÉCNICO, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE ENTORNOS Y/P PROCESOS TRANSVERSALES. 7.1. Actividades desarrolladas: No hubo para el período. 7.2. Producto (evidencia): No hubo para el período.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | 8. Obligación 8. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 8.1. Actividades desarrolladas: Soportes entregados de acuerdo a las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred. 8.2. Producto (evidencia): Formatos físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 9  | 9. Obligación 9. 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. 9.1. Actividades desarrolladas: No hubo para el período. 9.2. Producto (evidencia): No hubo para el período.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 10 | 10. Obligación 10. 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. 10.1. Actividades desarrolladas: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. 10.2. Producto (evidencia): Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo, fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. |
| 11 | 11. Obligación 11. 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. 11.1. Actividades desarrolladas: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 11.2. Producto (evidencia): Formato físico de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |              |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 6023785048 | OPERADOR:     | SOI          |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SANITAS       | 2026/07/14    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES  | 2026/07/14    | \$ 280.200   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2026/07/14    | \$ 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



JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ  
PS\_6569\_2025\_DA26F6

JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ  
CC: 1007351762

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



DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE  
PS\_6569\_2025\_DA26F6

DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE  
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: | 1007351762                     |  | NÚMERO PLANILLA:                                  |  | 6023785048               |  | TIPO DE PLANILLA: |  | I-INDEPENDIENTES          |  |           |  |           |  |      |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | BOGOTA DISTRITO CAPITAL |                           | DEPARTAMENTO:                  |  | JUAN GUILLERMO RAMOS RUIZ                         |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  | MES               |  | junio AÑO                 |  | 2026      |  |           |  |      |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | BOGOTA DISTRITO CAPITAL |                           | TELÉFONO:                      |  | 3013157                                           |  | DÍAS DE MORA:            |  | 0                 |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | MES       |  | junio AÑO |  | 2026 |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CRA 24 A #1H-57         |                           | CLASE APORTANTE:               |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  | 2026/07/14        |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 475966053 |  |           |  |      |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE        |                           | ACTIVIDAD ECONOMICA:           |  | Otras actividades de atención de la salud humana. |  |                          |  |                   |  |                           |  |           |  |           |  |      |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                 |                           |                                |  |                                                   |  |                          |  |                   |  |                           |  |           |  |           |  |      |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                   |                           |                                |  |                                                   |  |                          |  |                   |  |                           |  |           |  |           |  |      |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                         |                           |                                |  |                                                   |  |                          |  |                   |  |                           |  |           |  |           |  |      |  |
|                                                                           |  |                         |                           |                                |  |                                                   |  |                          |  |                   |  |                           |  |           |  |           |  |      |  |

| 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              | \$ 280.200 | \$ 0                | \$ 0      |  | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0       | \$ 280.200 | \$ 0       | \$ 280.200   |  |  |
| SUBTOTALES:             |                    |  |  |                |            |                     |           |  |             |              |            | \$ 280.200 | \$ 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  | VALOR PAGADO |  |  |
| EPS005                | EPS005-SANITAS S.A | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 218.900  | \$ 0        | \$ 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    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 42.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 42.700    |

| 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 | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP              | VCT | IRP | PENSIÓN            |          |              |            |              |             | SALUD     |          |                           |              |                    |          | ARP          |              |             |              | DÍAS COT         | IBC | CCF          |              | SENA      | 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 | ADMIN | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 1007351762  | RAMOS RUIZ JUAN GUILLERMO | INDEPENDIENTE  | CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | \$ 1.750.905   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     | 25-14 COLPENSIONES | 30       | \$ 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 280.200   | EPS005-SANITAS S.A | 30       | \$ 1.750.905 | \$ 218.900   | \$ 0        | \$ 218.900   | 14-11 - ARL SURA | 30  | \$ 1.750.905 | \$ 100735176 | \$ 42.700 |      | \$ 0 |        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0         |

TOTAL PAGADO:

\$ 541.800



¡Hola, Juan Guillermo Ramos Ruiz!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

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

Valor: \$ 541.800,00

Empresa: SOIACH

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

Fecha de la transacción: 13/07/2026

CUS: 475966053

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en 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.



Recuerda que PSE nunca te contactará 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>

4

5

6

7

8

9

✓

Datos guardados

↶

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 |                           |                         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR PS 6569 2025 24-3-2026.pdf      | COMUNICACION SUPERVISOR PS 6569 2025 24-3-2026.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf  | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf             | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf              | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf           | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf         | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf         | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf             | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf           | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf             | PS 6569 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>