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: (31-08-2026)					
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**			**$ 2.089.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/09/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/10 AL 2026/08/31**				

FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS
PS_7599_2025_10D624

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **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**	**129**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.125.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.089.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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 efectiv
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 (2026-08-10) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6025453761-6026835801	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/26	$ 438.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/26	$ 561.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/26	$ 85.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.084.800

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* *PS_7599_2025_10D624* **FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS** **CC: 1001201905**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YULIETH DIAZ NIETOPEN* *PS_7599_2025_10D624* **YULIETH DIAZ NIETOPEN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7599_2025_10D624* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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:		**6033384181**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		7					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		639230480	

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	$ 280.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 280.800	$ 1.500	$ 282.300
SUBTOTALES:										**$ 280.800**	**$ 1.500**	**$ 282.300**

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	$ 219.400	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 219.400	$ 1.200	$ 0	$ 220.600
SUBTOTALES:													**$ 219.400**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 220.600**

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	$ 42.800	$ 42.800	$ 300	$ 0	$ 43.100
SUBTOTALES:									**$ 42.800**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 43.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 35.100	$ 200	$ 35.300
SUBTOTALES:			**$ 35.100**	**$ 200**	**$ 35.300**

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		$ 2.000.000				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.755.000	$ 280.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.755.000	$ 219.400	$ 0	$ 219.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.755.000	100120190	$ 42.800	30	$ 1.755.000	CCF24-COMPENSAR	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 581.300

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1001201905** y es titular de la cuenta terminada en ***5678** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
09/09/2026	$ 581.300,00	SOI ACH	639230480	39230480

Se expide en Bogotá, el 22-09-2026.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA