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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ**			**CC:**	**51553922**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GSMARTINEZM@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123328102**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 58 A 128 A 86**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006080100537**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1210 2025**	**N° CDP:**	**2523**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.222.946**					

GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ
PS_1210_2025_9EDBEB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ
CC: 51553922
CEL: 3123328102

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

GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ

CON C.C N°	**51.553.922**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1210 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.229.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	Se da apoyo a los procedimientos de la Dirección, según correos.
2	Se gestiona los insumos de papelería según la necesidad
3	Se archiva lo correspondiente a las actas y documentos que lleguen a la Dirección
4	Se apoya el tramite de los informes por AGILSALUD
5	Se apoya con el Comité H.C. supervisando que subido en Almera
6	Se remite las novedades del personal de planta a Talento Humano como vacaciones, permisos
7	Se gestiona las respuestas de las PQR y las solicitudes de correspondencia a través del aplicativo de AGILSALUD con 421 respuesta tanto por correo como en físico
8	Se revisa las respuestas de las tutelas de acuerdo al aplicativo de AGILSALUD
9	Se apoya a la Directora cuando lo requiera.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8389207640	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/12	$ 178.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/12	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/12	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.360

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	*GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ* *PS_1210_2025_9EDBEB* **GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ** **CC: 51553922**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_1210_2025_9EDBEB* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ
No. Identificación: CC51553922
Dirección: CRA 58 A 128 86 APT 304
Telefono: 4675857
Correo: gsmartinezm@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389207640

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ
Tipo y número de identificación	CC51553922
Número de planilla	8389207640
Fecha pago	2025-09-12
Número de autorización pago	860882
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Número de Administradoras	2
Total Pagado	213700
Total Intereses de Mora	1000

PAGADA
8389207640

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34900	1
EPS008	Compensar EPS	178800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51553922
APELLIDOS Y NOMBRES: GLADYS STELLA MARTINEZ MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		1423500	0	1423500	0	178000	0	0	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCION QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONOMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES NORTE

En BOGOTA a los 12 días del mes de AGOSTO de 20 14.
Se presentó gladys stella martinez martinez identificado con la C.C. No. 51.553.922, en calidad de interesado X, tercero autorizado, ____ apoderado ____, con tarjeta Profesional No. ____ del CS.J., con el fin de notificarse de la Resolución No. GNR 274960 De fecha 01 AGO 2014., mediante la cual se reconoce pensión de vejez.

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.
Para constancia de lo anterior, suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ____ NO ____, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el articulo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el articulo 8° de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario publico que contravenga el articulo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector publico o privado de carácter compartida conforme al decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si X No____. Observaciones

(Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 51553922

EL NOTIFICADOR
C.C. 53067493

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA