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 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:	**YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO**			**CC:**	**53007324**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILENAHERNANDEZ00@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3107182563**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 64# 28A 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24141614577**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5557 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**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	**$ 6.000.**					

YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO

PS_5557_2025_3049F1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO

CC: 53007324

CEL: 3107182563

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				
YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO				
	CON C.C N°	**53.007.324**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 149 26-08-2024			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5557 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.168	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.978.522	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.0	
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	5. IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO.
2	8. CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICAMENTE CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIEN REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO.
3	18. ASISTIR A COMITÉS DE SALUD.
4	18. ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
5	17. REALIZAR DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD.
6	4. EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEM CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O SU EQUIPO DE APOYO.
7	1.ELABORAR Y CONCERTAR, EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR.
8	2. ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONAL EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN
9	6. IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANE OPORTUNO.
10	7. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD.
11	9. ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UI DE LOS INTEGRANTES
12	13 ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONAL EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN.
13	15. REALIZAR CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON SUBRED).
14	16. REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD.
15	1.SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCION
16	8. N/A
17	9. DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO
18	12. DURANTE EL MES DE AGOSTO NO SE IDENTIFICO POBLACION SIN ASEGURAMIENTO PARA SU RESPECTIVA AFILIACIO
19	15. NO SE REALIZA CANALIZACION SIRC DURANTE EL MES DE AGOSTO
20	3. REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD DEFINIDA POR LA SUBRED DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y CONCERTACIÓN
21	10. EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULT MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SE DEBE PROGRAM UNA NUEVA VISITA EN DONDE EL USUARIO ESTE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO
22	11. VERIFICAR PARA TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR QUE HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCION DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR.

23	12. EN CASO DE IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN PO OFICIOS DEBE REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN DE OFICIO A TRAV DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT).
24	14. EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BA ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIA CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REMITIR A LA PERSONA A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA SALUD IPS QUE PUEDA ATENDERLO.
25	19. PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECI EN LA SISS, DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS (EN EL CASO DE QUE EL USUARIO PERTENEZCA A PNA, CAPITAL SALUD EAPB QUE TENGA CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA EL CONVENIO, FICHA DE NOTIFICACI SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR.
26	20. REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR D CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 14 26-08-2024.
27	2. MEDIANTE EL CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ES ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES
28	3. DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS , GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE L HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADO ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD
29	4. DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIEN (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GEST FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES.
30	5. DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSIC EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECT ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMEN A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES
31	6. DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y VISITAS DOMICILIARIAS, CON EL FIN PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES EN SALUD. SEGÚN EL HALLAZGO, SE IMPLEMENTAN INTERVENCION EDUCATIVAS, ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y, EN LOS CASOS QUE LO REQUIEREN, SE GESTIONAN L REMISIONES PERTINENTES A MEDICINA, PSICOLOGÍA U OTRAS RUTAS DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EB EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO, GARANTIZANDO UN MANEJO OPORTUNO ARTICULADO DEL RIESGO IDENTIFICADO
32	7. DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN Y POTENCIAN LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS, SUS FAMILIAS Y CUIDADORES, CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR CONDUCT SALUDABLES Y FORTALECER SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ESTA INTERVENCIÓN SE ORIENTA PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD, EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO Y LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VI SALUDABLES, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
33	10. EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULT MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES SE REALI INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD. DURANTE LA VISITA, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. EN CASO REQUERIRSE, SE GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, O A OTRAS RUTAS DE ATENCI DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORI
34	11. SE REALIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CADA USUARIO VALORADO, VERIFICANDO EL CURSO DE VIDA SEGÚN ESTIPULADO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. DE ACUERDO CON EL CASO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO, BRINDÓ ATENCIÓN CORRESPONDIENTE AL CURSO DE VIDA MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. EN L CASOS QUE LO REQUERÍAN, SE GENERÓ LA RESPECTIVA DERIVACIÓN PARA VALORACIÓN POR MEDICINA, PSICOLO EBS, MINISTERIO, ENTRE OTROS
35	13. SE REALIZA REGISTRO DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA,VERAS TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN APLICATIVO GTAPS DEACUERDO AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EL CUAL SE REALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN L ATENCIONES REALIZA EN TERRITORIO
	14. ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA DURANTE LA VISITA EN TERRITORIO , EL PROFESIONAL DE ENFERMER BRINDARÁ ATENCIÓN INICIAL E INMEDIATA AL USUARIO , DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVARÁ EL CR DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CON EL FIN DE GESTIONAR LA REMISIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE A U INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE GARANTICE LA ATENCIÓN REQUERIDA. (NO SE REALI

ACTIVACION CRUE DURANTE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL MES DE AGOSTO)

36	
37	16. SE REALIZAN VALORACON INTEGRAL POR ENFERMERIA POR LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIEN RAFAEL URIBE URIBE , MARTIRES,SANTAFE,SAN CRISTOBAL ,ANTONIO NARIÑO MEDIANTE TOMAS TERRITORIAL ABORDANDO POBALCION CON NECESIDADES EN SALUD
38	17. EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN SALUD, FORMULAR INTERVENCIONES CUIDADO DE ENFERMERÍA Y BRINDAR EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN PROMOCIÓN DE LA SALUD PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN CURSO DE VIDA.
39	19. DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDU Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURAD DURANTE EL PERIODO EVALUADO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK INSTITUCIONAL DESTINADO PARA EL REPORTE DE ATENCION REALIZADAS EN LAS TOMAS TERRITORIALES, EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LA SUBRED LOCALIDAD RAFA URIBE ,SANCRISTOBAL,ANTONIO NARIÑO, SANTAFE Y MARTIRES -NO SE EMITEN ORDENES YA QUE LAS ATENCIONES REALIZADAS FUERON EDUCATIVAS -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZAN CANALIZACIÓN POR SIRC -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZA FICHAS DE NOTIFICACION DE EVENTOS EN INTERES EN SALU PUBLICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SIVIGILA -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, DISEÑADO EL CUAL ES EL APLICATIVO GTAPS DONDE EL DILIGENCIAMIENTO SE REALI SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA RESOLUTIVA, PRIORIZANDO ACCIONES DE PROMOCIÓ PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR.
40	20. SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS P EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TARE ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERI DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA E 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° 8389935539	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/19	$ 267.394
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/19	$ 355.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/19	$ 54.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 676.594

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, 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	*YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO* *PS_5557_2025_3049F1* **YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO** **CC: 53007324**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5557_2025_3049F1* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

Señor(a): YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO
No. Identificación: CC53007324
Dirección: CRA 72 57 B SUR-50
Telefono: 3860553
Correo: milenahernandez00@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389935539

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO
Tipo y número de identificación	CC53007324
Número de planilla	8389935539
Fecha pago	2025-09-19
Número de autorización pago	1000000019
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	686700
Total Intereses de Mora	6100

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	54100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	355100	1
EPS008	Compensar EPS	277500	1

8389935539

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53007324
APELLIDOS Y NOMBRES: YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO

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	25-14	2200000	2200000	2200000	0	275000	0	352000	0	53600	0

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