

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO
No. Identificación: CC50891059
Dirección: CALLE 147C N 97-20
Telefono: 3137994958
Correo: clauppuello@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91076998

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC50891059	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2025
Número de planilla	91076998	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-19	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	2094875	Total Pagado	441000
Banco	1083	Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178200	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 50891059
 APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO

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
EPS017	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO		CC:	50891059
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUPPUELLO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3137994958
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 148 99 41		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 488455217718

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5914 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.484.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO
PS_5914_2025_15E79A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO

CC: 50891059

CEL: 3137994958

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO

CON C.C N°

50.891.059

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO A 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 5914 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/07/10

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

6.040.486

No. HORAS EJECUTADAS

186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

16.495.174

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 3.484.896

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

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	1. Definidos en la normatividad vigente, acogiéndose a los protocolos, guías y demás lineamientos para el ejercicio de la profesión
2	realizar el diligenciamiento de la historia clínica, consentimiento informado, RIPS y de mas registros conforme a la normatividad vigente
3	Apoyar la atención de las auditorías internas y externas presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contra actuales
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
5	Realice 4 actividades por hora o 3 sesiones por hora enmarcadas dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente, acogiéndose a los protocolos, guías y demás lineamientos establecidos, para el ejercicio de la profesión

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91076998	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/18	\$ 178.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.000

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 ibr se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún 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



CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO

PS_5914_2025_15E79A

CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO

CC: 50891059

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



FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

PS_5914_2025_15E79A

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO