

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007106283	MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS		cil 64 n 33 03	00000000	guerrerosmil@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92136437	\$811.900
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	328.000	0		0		0	0	0	0	328.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	419.900	0	0	0	0	0	0		419.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	64.000				64.000	0	0	64.000			640	64.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	328.000	328.000
Pensión	1	419.900	419.900
Riesgos Laborales	1	64.000	64.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	811.900	811.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007106283	MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS		cil 64 n 33 03	00000000	guerrerosmil@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92136437	\$811.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1007106283	GUERRERO MATAMOROS MARIA DE LOS ANGELES	59	0		N																			25-14	2.623.864	419.900	0	0	0	0	EPS037	2.623.864	328.000	14-23	2.623.864	3	64.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS			CC:	1007106283
CORREO ELECTRÓNICO:	guerrerosmil@hotmail.com			TELÉFONO:	3202778507
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 64 B SUR 33-03			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488444477597
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5783 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 6.559.662
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS
PS_5783_2025_883204

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS
CC: 1007106283
CEL: 3202778507

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS

CON C.C N°1.007.106.283

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5783 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/06/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$26.019.993No. HORAS EJECUTADAS186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$35.859.486VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$6.559.662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:HUGO GERMAN REYES GUERRERO

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)

11. CARACTERIZACIÓN (MOMENTO DEL CURSO DE VIDA, ORIENTACIÓN SEXUAL DIVERSA, PERTENENCIA ÉTNICA). 2. EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS. 3. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS Y RIESGOS EN SALUD Y SOCIALES A PARTIR DEL REPORTE DE NECESIDADES Y AFECTACIONES DE FUNCIONAMIENTO, HABILIDADES Y RELACIONES SOCIALES. 4. REVISIÓN POR SISTEMAS, HISTORIA DE VIDA, CIRCUNSTANCIAS SOCIALES, FAMILIARES, METAS Y PREFERENCIAS. 5. IDENTIFICACIÓN DE COMORBILIDADES Y PREEXISTENCIAS. 6. SOLICITUD DE PRUEBAS O PARACLÍNICOS SEGÚN NECESIDAD O CRITERIO MÉDICO. 7. EN EL MARCO DE ESTE PROCEDIMIENTO SE DEBERÁ GENERAR UN PLAN DE CUIDADO ACORDE CON LAS NECESIDADES, RIESGOS IDENTIFICADOS Y DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO, 8. LAS INTERVENCIONES Y EVALUACIONES POR REALIZAR CON LOS PROFESIONALES DE SALUD CON ENTRENAMIENTO EN GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP PARA LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD NO ESPECIALIZADA. 9. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS CASOS REQUERIDOS. 10. LA PERTINENCIA Y PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL COMPONENTE PRIMARIO. 11. LA REMISIÓN AL COMPONENTE COMPLEMENTARIO EN CASO DE SER NECESARIO Y NOTIFICACIÓN A SIVIGILA SEGÚN NECESIDAD. 12. PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS Y USUARIOS DE OTRAS EPAB REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LA MATRIZ DE INFORMACIÓN. 13. PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS QUE SE CONVOQUEN POR PARTE DEL NIVEL CENTRAL O DE LA PERSONA LÍDER DEL PROYECTO. 14. DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE PROYECTO. 15.DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE "PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL". 16. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.

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° 91325403	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/12	\$ 328.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	\$ 419.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	\$ 64.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 811.900
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 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	 MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS PS_5783_2025_883204 MARIA DE LOS ANGELES GUERRERO MATAMOROS CC: 1007106283		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_5783_2025_883204 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 HUGO GERMAN REYES GUERRERO PS_5783_2025_883204 HUGO GERMAN REYES GUERRERO SUPERVISOR DEL CONTRATO		