

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

Señor(a): NURY STEFANNI SANCHEZ MORA
No. Identificación: CC1010190403
Dirección: CARRERA 11 A NO 30 C-17 SUR
Telefono: 3694000
Correo: SEBCAM08@GMAIL.COM
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8391463812

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NURY STEFANNI SANCHEZ MORA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1010190403	Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2025
Número de planilla	8391463812	Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-12-12	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	93714936	Total Pagado	443500
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	35000	1
230301	Porvenir	229300	1
EPS005	Sanitas EPS	179200	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1010190403
 APELLIDOS Y NOMBRES: NURY STEFANNI SANCHEZ MORA

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
EPS005	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

Inicio > Mis procesos > Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje
 Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS_8342 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	PS_8342 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS_8342_CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 .pdf	PS_8342_CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS_8342 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 .pdf	PS_8342 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NURY STEFANNI SANCHEZ MORA		CC:	1010190403	
CORREO ELECTRÓNICO:	sebcam08@gmail.com		TELÉFONO:	3143932796	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11A 30C 17 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24137170650

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6342 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NURY STEFANNI SANCHEZ MORA
PS_6342_2025_DAEF94

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NURY STEFANNI SANCHEZ MORA

CC: 1010190403

CEL: 3143932796

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

NURY STEFANNI SANCHEZ MORA

CON C.C N° 1.010.190.403

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6342 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/16
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.999.844	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.803.890	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.999.896
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

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 Reviso el mapa que envian los geografos para reconocer cual es el territorio que debemos abordar, para llegar a la comunidad, siendo yo el primer contacto que interactua con las personas, explicando la labor que se realiza para que asi luego puedan intervenir los profesionales, tambien identifico actores sociales, poblacion diferencial y problematicas del sector, haciendo siempre acompañamiento a mi grupo para que sea una gestion lo mas eficaz posible.
2	Se realiza comunicación asertiva con mi grupo desde el día anterior para coordinar las actividades asignadas y asi dar cumplimiento a lo solicitado.
3	Hago el primer contacto con las personas del sector asignado, informandoles las actividades que se realizaran generando confianza y tranquilidad en el momento de la intervencion.
4	Contacto al presidente JAC o lider social de la comunidad para informar las actividades que se realizaran y su proposito, para que ellos por medio de sus grupos de WhatsApp nos ayuden a difundir para que las personas esten informadas y tranquilas, tambien a la policia por si la comunidad les pregunta, puedan dar informacion y participen sin temor.
5	Informo y escucho a las personas, comunico a mi equipo sus necesidades para asi poder tener una solucion a lo solicitado.
6	Realizo actas informando a la institucion sobre la gestion asignada con las respectivas firmas de quienes intervinieron.
7	Informo al equipo si se necesita al doctor, psicologo y les indico cual es la vivienda que solicita el servicio, asegurando que sea efectiva la intervencion.
8	Localizo hogares que aun no hayan sido caracterizados e informo a mi equipo para hacer la gestion y a las personas que no tengan afiliacion a la salud, paso el infrome al WhatsApp de afiliaciones.
9	Envio fotografias de evidencia de que estoy en el territorio con mi equipo haciendo la labor, realizo actas informando con detalle la gestion realizada en los formatos asignados.
10	Realizo actas informando de las actividades y el impacto que hubo en la comunidad, cumpliendo con los lineamientos institucionales.
11	Cumplo con cualquier otra actividad adicional, que se me asigne, que este bajo el parametro de EBS y con lo establecido en la resolucion.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8391463812	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/12	\$ 177.937
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/12	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	\$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.373

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



NURY STEFANNI SANCHEZ MORA

PS_6342_2025_DAEF94

NURY STEFANNI SANCHEZ MORA

CC: 1010190403

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_6342_2025_DAEF94

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO