

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: 91885992

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Nombre Aportante | CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO |
| Tipo y número de identificación | CC50891059 |
| Número de planilla | 91885992 |
| Fecha pago | 2025-12-15 |
| Número de autorización pago | 2115008 |
| Banco | 1083 |

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | noviembre de 2025 |
| Periodo de Cotización Pensión | noviembre de 2025 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | 440500 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|---|--------------|---------------------|
| 14-11 | ARL SURA | 34700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 227800 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 178000 | 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: (31-12-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|-----------------|---------|------------|--------------|
| 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: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO
PS_5914_2025_AB109A

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: | \$ 23.464.966 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.484.896 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SIETE (7) MESES |
|--|-----------------|

| | |
|--|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO |
|--|--------------------------------|

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO |
|-------------------------------|-----------------------------|

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 91885992 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/12/12 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/12 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/12 | \$ 34.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 440.500 |

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 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



CLAUDIA PATRICIA PUELLO CASTRO

PS_5914_2025_AB109A

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_AB109A

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO