

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

Señor(a): MARIA TERESA BECERRA ROMERO
No. Identificación: CC51994696
Dirección: AV CALLE 1 5A 31
Telefono: 7515541
Correo: mariabecerra_1517@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91489113

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA TERESA BECERRA ROMERO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC51994696	Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2025
Número de planilla	91489113	Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-11-18	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	2093217	Total Pagado	454900
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	35900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	235200	1
EPS008	Compensar EPS	183800	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 51994696
 APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA TERESA BECERRA ROMERO

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	1470000	1470000	1470000	0	183800	0	235200	0	35900	0

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA TERESA BECERRA ROMERO		CC:	51994696	
CORREO ELECTRÓNICO:	mariabecerra_1517@hotmail.com		TELÉFONO:	3178131631	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CL 1 5A 31		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074005257

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6042 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



MARIA TERESA BECERRA ROMERO
PS_6042_2025_5EF112

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA TERESA BECERRA ROMERO

CC: 51994696

CEL: 3178131631

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

MARIA TERESA BECERRA ROMERO

CON C.C N°

51.994.696

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6042 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/28
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.833.342	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.326.136	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIÓNES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO. CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION DIABETES Y EPOC
2	GARANTIZARÁ LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DARÁ ACCESO AL PROFESIONAL DE LA SALUD CORRESPONDIENTE, QUIEN HARÁ LA CONSIGNACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA
3	VERIFICARÁ EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN Y DARÁ CIERRE AL PROCESOS
4	CONSULTARA EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ANTECEDENTE DE VACUNAS DEL USUARIO CON EL FIN DE DETERMINAR LOS BIOLÓGICOS A APLICAR. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO ORIENTARA LA APLICACIÓN DE LOS BIOLÓGICOS CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL GESTOR FAMILIAR.
5	HARÁ CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR CON EL FIN DE VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA ATENCIÓN EN CASA.
6	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA LLEVARA UN REGISTRO DIARIO CON LA RELACIÓN DE LOS USUARIOS CARACTERIZADOS Y LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE PARA ESTE PROCESO.
7	ASISTIR A COMITÉS DE CUIDADO
8	REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.

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° 91489113	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	\$ 183.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 235.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 35.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 454.900

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 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



MARIA TERESA BECERRA ROMERO

PS_6042_2025_5EF112

MARIA TERESA BECERRA ROMERO

CC: 51994696

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_6042_2025_5EF112

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO