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

Señor(a): MARITZA SANCHEZ MEDINA
No. Identificación: CC51811673
Dirección: DIAG. 4B BIS NO. 26-29 ZIPAQUIRA
Telefono: 3153588220
Correo: maritzalabo@gmail.com
Ciudad: ZIPAQUIRÁ
Número de Planilla: 91225734

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARITZA SANCHEZ MEDINA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51811673	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2025
Número de planilla	91225734	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-12	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	2090748	**Total Pagado**	469000
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

91225734

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51811673
APELLIDOS Y NOMBRES: MARITZA SANCHEZ MEDINA

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	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARITZA SANCHEZ MEDINA**			**CC:**	**51811673**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARITZALABO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3153588220**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 4 BIS # 29 23 ZIPAQUIRA**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007600747211**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3081 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARITZA SANCHEZ MEDINA
PS_3081_2025_950722

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARITZA SANCHEZ MEDINA
CC: 51811673
CEL: 3153588220

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARITZA SANCHEZ MEDINA			
CON C.C N°	**51.811.673**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3081 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.452.406	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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. Dar ingreso, bienvenida y controlar el ingreso de los pacientes al servicio, dar información a su vez de guardar sus pertenencias y hacer seguimiento del lavado de manos
2	2. Organización de historias clínicas para la atención diaria 3. Cumplir, con las normas de bioseguridad, lavado de manos y uso de elementos de
3	1. Toma de signos vitales TA, FC, FR,(estos se toman al inicio, intermedio y al finalizar la sesión), peso y talla al ingresar al programa.
4	5. Pacientes con algún tipo de limitación se hace acompañamiento permanente al lado de la banda (para evitar riesgo de caída).
5	6. Desinfección recurrente de los equipos biomédicos. (al finalizar cada sesión).
6	7. Registro semanal de limpieza y desinfección terminal en el formato MI-DT-FT-446.
7	8. Orientación y acompañamiento en los trámites administrativos para el agendamiento de sus diferentes citas
8	9. Apertura de agendas para: Rehabilitacion cardiaca y para servicio de audiometría
9	10. Asignación de citas
10	11. Solicitud del pedido mensual de insumos (elementos papelería, elementos de bioseguridad)
11	12. Notificaciones en mesa de ayuda, por las diferentes necesidades del servicio y su respectivo seguimiento
12	13. Entrega de Historias Clínicas y consentimientos informados foliados al archivo.
13	14. Asistir a la reunión mensual de la brigada de emergencia y apoyar a los eventos en la sede
14	15. Realizar el seguimiento telefónico de las inasistencias

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° 91225734	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 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 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	*MARITZA SANCHEZ MEDINA* *PS_3081_2025_950722* **MARITZA SANCHEZ MEDINA** **CC: 51811673**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3081_2025_950722* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**