

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52309423	NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER		CL 52 A SUR No 82b-32	3194840079	nm911946@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$440.500				

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52309423	NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER		CL 52 A SUR No 82b-32	3194840079	nm911946@gmail.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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	02/01/2026	92363930	\$440.500		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	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	52309423	MARTINEZ SOLER NORMA ESPERANZA	59	0	N																			25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER		CC:	52309423	
CORREO ELECTRÓNICO:	nm911946@gmail.com		TELÉFONO:	3194840079	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 16 SUR 24D 49		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008300808238

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6000 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.900.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER
PS_6000_2025_7D0860

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER
CC: 52309423
CEL: 3194840079

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

NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER

CON C.C N° 52.309.423

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6000 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/24
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.406.667	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.906.667	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES Y VEINTE Y DOS (22) DÍAS

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
-------------------------------	---------------------------

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)

- | ITEM | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|------|--|
| 1 | REALICÉ EL LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO CON LA ORGANIZACIÓN Y EL DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR. |
| 2 | VERIFIQUÉ LAS ÓRDENES MÉDICAS Y LA AUTORIZACIÓN FÍSICA PRESENTADAS POR EL PACIENTE PARA SU ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA, SEGÚN EL ACUERDO DE VOLUNTADES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 3 | VERIFIQUÉ LOS DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN DEL USUARIO Y ADJUNTÉ A LA CARPETA DE REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS SOPORTES DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS. |
| 4 | REVISE Y VALIDÉ LOS SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO Y GÉNERO, DE ACUERDO CON EL ACUERDO DE VOLUNTADES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 5 | ACTUALICÉ LOS DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y LOS DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN. |
| 6 | REALICÉ LA FACTURACIÓN DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIRIERON CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACIÓN, PREVIAMENTE A LA ATENCIÓN MÉDICA, PARA LA DISMINUCIÓN DE FILAS EN LAS SALAS DE ESPERA. |
| 7 | GENERÉ LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA O EL REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH Y LA SOPORTÉ CON LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL USUARIO, SEGÚN EL ACUERDO DE VOLUNTADES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 8 | RECEPCIONÉ EL DINERO, GENERÉ EL RECIBO DE CAJA Y ENTREGUÉ LA COPIA CORRESPONDIENTE AL USUARIO, DE ACUERDO CON LA ATENCIÓN PRESTADA AL PACIENTE Y SEGÚN EL ACUERDO DE VOLUNTADES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 9 | RECIBÍ E INGRESÉ LOS ABONOS REALIZADOS POR LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARÉS. |
| 10 | REALICÉ EL CIERRE DE CAJA, EL ARQUEO Y LA ENTREGA DE LOS SOPORTES RESPECTIVOS, SEGÚN EL INSTRUCTIVO DEL ÁREA DE TESORERÍA. |
| 11 | ENTREGUÉ DIARIAMENTE LAS FACTURAS GENERADAS, DEBIDAMENTE SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO CON LOS INSTRUCTIVOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA. |
| 12 | CORREGÍ, DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, LAS DEVOLUCIONES REALIZADAS POR EL ANALISTA DE CUENTAS. |
| 13 | BRINDÉ EL APOYO NECESARIO Y REALICÉ PLANES DE CONTINGENCIA EN LOS MOMENTOS EN QUE NO SE CONTÓ CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y/O BASES DE DATOS AFINES. |
| 14 | RECEPCIONÉ, DISTRIBUÍ Y REALICÉ EL SEGUIMIENTO DE LAS PREFACTURAS ENVIADAS AL PROCESO DE REVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN. |
| 15 | REALICÉ LA ACTUALIZACIÓN PERMANENTE FRENTE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SGSSS Y ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA. |
| 16 | REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE FUERON ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. |
| 17 | PARTICIPÉ EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED. |
| 18 | REALICÉ EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO CUANDO FUI DESIGNADO PARA ELLO. |
| 19 | ACEPTÉ QUE, CON LA FIRMA DEL CONTRATO, EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DE DINERO AL MOMENTO DE ENTREGAR LOS RECURSOS RECAUDADOS EN VENTANILLA, DICHO FALTANTE FUERA DESCONTADO DE LOS HONORARIOS CERTIFICADOS EN EL MES CORRESPONDIENTE. |

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° 92363934	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/15	\$ 179.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/15	\$ 229.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/15	\$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 443.500



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	 NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER PS_6000_2025_7D0860 NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER CC: 52309423
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_6000_2025_7D0860 YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_6000_2025_7D0860 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO