

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO		CC:	52277630	
CORREO ELECTRÓNICO:	PATUNA08@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3123337116	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9B ESTE 22D 38 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	03131963512

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8143 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.736.280
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO
PS_8143_2025_FDF0B7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO

CC: 52277630

CEL: 3123337116

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

CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO

CON C.C N°

52.277.630

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 8143 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/04
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 828.072	No. HORAS EJECUTADAS	156
-----------------------------------	------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.335.722	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.736.280
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
--	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR
-------------------------------	----------------------

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. SE PRESTÓ EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2. SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. (RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.) 3. SE NOTIFICARON INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A LOS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE. 4. SE INFORMÓ A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MÉDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. 5. SE REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCIÓN DIARIA Y TRATAMIENTO PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRAL DEL PACIENTE. 6. SE DILIGENCIARON LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITIERON MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN. 7. SE CUMPLIÓ CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES. 8. SE RESPONDIÓ POR LOS INVENTARIOS, SE REALIZÓ CONTROL, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O ÁREA DONDE SE DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES. 9. SE OFRECIÓ TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, BRINDANDO ATENCIÓN HUMANIZADA, CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGÚN POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN. 10. SE MANTUVO LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN. 11. SE REALIZARON ASESORÍAS PRETEST Y PRUEBAS RÁPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS SEGÚN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES. 12. SE MANTUVO VISIBLE EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 13. SE SOLICITÓ, CUSTODIÓ Y RETORNÓ EL INSTRUMENTAL COMPLETO CON PREVIA INACTIVACIÓN SEGÚN EL ÁREA QUE CORRESPONDA, TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN INSTITUCIONAL. 14. SE CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYE APOYO E INSTRUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA. 15. SE RECEPCIONÓ LA CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, REALIZANDO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE. 16. SE EJECUTARON ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17. SE REALIZÓ LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN RECURRENTE Y TERMINAL, PARA MANTENER LIMPIA Y ORDENADA LA UNIDAD. 18. SE EJECUTARON LOS PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO DE HERIDAS. 19. SE IMPLEMENTÓ EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. 20. SE REALIZÓ EL DILIGENCIAMIENTO EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS CON SU RESPECTIVO REGISTRO EN LOS TIEMPOS DEFINIDOS. 21. SE CUMPLIÓ CON EL USO ADECUADO DEL UNIFORME DURANTE LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 22. SE CUMPLIÓ CON LA ASISTENCIA

1

A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS. 23. SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS SEGÚN PROTOCOLO CARRO PARO.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 41895150 - 43758189	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/28	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/28	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/28	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 RAMIREZ CARO
PS_8143_2025_FDF0B7

CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO
CC: 52277630

FIRMA DE QUIEN VALIDA



ANA CELIA GARCIA GARCIA
PS_8143_2025_FDF0B7

ANA CELIA GARCIA GARCIA
SUPERVISOR ALTERNO



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_8143_2025_FDF0B7

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52277630	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO		Cra 9 b este N 22 d 38 sur	2071458	patuka08@hotmail.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	
8341895150	28/01/2026				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	N	28/01/2026	43758189	\$35.200	

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	0	0		0		0	19	0	0	0	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	0	0	0	0	0	19	0	0	0	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	19	500	35.200			347	35.200	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	0	0
Pensión	1	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	35.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	34.700	35.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52277630	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO		Cra 9 b este N 22 d 38 sur	2071458	patuka08@hotmail.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	
8341895150	28/01/2026				EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$35.200				

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ASAP	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	52277630	RAMIREZ CARO CLAUDIA PATRICIA	59	0				N	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52277630	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO		Cra 9 b este N 22 d 38 sur	2071458	patuka08@hotmail.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	
8341895150	28/01/2026				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	N	28/01/2026	43758189	\$35.200	

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	0	0		0		0	19	0	0	0	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	0	0	0	0	0	19	0	0	0	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	19	500	35.200			347	35.200	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	0	0
Pensión	1	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	35.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	34.700	35.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52277630	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO		Cra 9 b este N 22 d 38 sur	2071458	patuka08@hotmail.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	
8341895150	28/01/2026				EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$35.200				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Com. extrin	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52277630	RAMIREZ CARO CLAUDIA PATRICIA	59	0			N	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO
No. Identificación: CC52277630
Dirección: CRA 9 B ESTE N 22 D 38 SUR
Telefono: 2071458
Correo: patuka08@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8341895150

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52277630	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Número de planilla	8341895150	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Fecha pago	2026-01-28	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	93003688	Total Pagado	410600
Banco	1023	Total Intereses de Mora	4800


CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	230500	1
EPS008	Compensar EPS	180100	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 52277630
 APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ CARO

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	0	0	178000	0	227800	0	0	0



- 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

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS_8143_2025_CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS_8143_2025_CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >