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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NORMA MARTINEZ AGUIRRE**			**CC:**	**51816618**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NORCONS871@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124562029**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 12C 71C 30 INT 9 APTO 701**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**469400002793**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2923 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.260.064**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

NORMA MARTINEZ AGUIRRE
PS_2923_2025_A1B926

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NORMA MARTINEZ AGUIRRE
CC: 51816618
CEL: 3124562029

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			
NORMA MARTINEZ AGUIRRE			
	CON C.C N°	**51.816.618**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO 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 2923 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**174**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.551.968	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.260.064
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	Realice 268 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
2	Realice respuesta de (1) interconsulta, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente.
4	Se aplicaron 2373 objetivos con un cumplimiento del 99% -Realice 259 Actividades facturables: Se atendieron 210 pacientes, 268 terapias, 6 gases arteriales, 5 Micronebulizaciones -Realice 243 Actividades NO facturables: 200 oximetrias, 3 Toma de muestras respiratorias, 1 respuesta a interconsulta, 34 limpieza y desinfección ventiladores y/o equipos. 5 Educación paciente/familiar.
5	Realice 5 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica.
6	Realice registro completo y con calidad de 508 Historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
7	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
8	Asistí a las capacitaciones **** Encuesta percepción de medición, conocimientos proceso donación de órganos y tejidos con fines de trasplante. **** protegiendo vidas- lanzamiento de la vacuna contra la Bronquiolitis causada por el VSR en Bogotá. **** Curso de Tecnovigilancia. **** fortalecimiento técnico diciembre-2025. Test evaluacion medidas Antropométricas. **** Sensibilización aplicación de batería riesgo psicosocial.
9	3 Diciembre 2025: Encuesta percepción de medición, conocimientos proceso donación de órganos y tejidos con fines de trasplante. ****3 Diciembre 2025: protegiendo vidas- lanzamiento de la vacuna contra la Bronquiolitis causada por el VSR en Bogotá. ****23 Diciembre 2025: fortalecimiento técnico diciembre-2025. Test evaluacion medidas Antropométricas. ****29 de Diciembre: Sensibilización aplicación de batería riesgo psicosocial. ******4 Enero 2026: Curso de Tecnovigilancia.
10	Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornadas
11	Diligencie formatos de limpieza y desinfección
12	Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.
13	Entrega de informe de producción mensual y objetivos (5 de Enero 2026), Se subieron evidencias al drive desde el 5 de Enero 2026 y se registra a diario el informe de producción.

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° 9496872621	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/02	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/02	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.700

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 MARTINEZ AGUIRRE* *PS_2923_2025_A1B926* **NORMA MARTINEZ AGUIRRE** **CC: 51816618**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2923_2025_A1B926* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8101379	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2050161178	9496872621	I	2026/01/07	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$241,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	51816618 MARTINEZ NORMA		0	$0	$0	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8101379	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2050161178	9496872621	I	2026/01/07	2026/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$241,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$241,200**	**$0**	**$0**	**$241,200**

547
Bogotá D.C., 05 de noviembre 2025

4288000006387343

Señora
NORMA MARTINEZ AGUIRRE
norcons871@gmail.com

Ref.: Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por pension de garantia minima
CC: 51816618
T.N. N.A.
COR - BEN

Señora **NORMA**, recibe un cordial saludo:

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**, teniendo en cuenta el reconocimiento de la **Garantía de Pensión Mínima de Vejez**, por parte de la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por haber cumplido la edad de pensión y haber cotizado las semanas mínimas requeridas.

A continuación, detallamos la información que usted debe conocer y los pasos a seguir:

1 .¿Cuál es el valor de la mesada?

Para el año 2025 el valor de la mesada será de $1,423,500, valor que corresponde a un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

2 . ¿La mesada tiene algún descuento?

Sí, se aplica un descuento del 4% sobre el valor total de la mesada para el pago de salud[1], que en su caso corresponde a la suma de $56,940, es decir que el valor neto que recibirá mensualmente será de $1,366,560.

Este descuento le permite acceder a los servicios en la Entidad Promotora de Salud (EPS) y se debe aplicar independientemente si usted ya es cotizante a salud como empleado o como beneficiario de algún cotizante, dado que el aporte a salud se hace por la totalidad de los ingresos que usted recibe.

1 Descuentos EPS-Entidades Promotoras de Salud a partir del 2024 - artículo 78 de la Ley 2294 de 2023: Para mesadas de un (1) smmlv el descuento de eps será de 4%, para mesadas mayores a 1smmlv y hasta 3 smmlv el descuento de EPS será de 10% y para mesadas superiores a 3 smmlv el descuento será del 12%. Para pensionados con residencia en el exterior e inactivos en la base única de afiliados de eps (BDUA - ADRES), podrán optar por ser exonerados del descuento de salud. Adicionalmente pensionados con residencia en el exterior requieren de acuerdo con el Decreto 019 de 2012, artículo 22. “Acreditación de la fe de vida (Supervivencia) de connacionales fuera del país. En todos los casos, la fe de vida (supervivencia) de los connacionales es fuera del país, se probará ante las entidades que forman parte del Sistema General de Seguridad Social Integral, cada seis (6) meses. Se podrá acreditar mediante documento expedido por parte de la autoridad del lugar sede donde se encuentre el connacional en el que se evidencie la supervivencia. Los trámites de apostillaje se podrán realizar ante el consulado de la respectiva jurisdicción, a través de medios electronicos o correo postal, conforme a lo establecido en el presente Decreto y en el reglamento que expida el Gobierno Nacional.”

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo junio/24 /v:1.0

Grupo AVAL Filial de

3. ¿Qué pagos va a recibir a partir de este momento?

- Dentro de los próximos 10 días se realizará el primer pago que corresponderá al valor reconocido desde Agosto de 2025, mes de inicio de la garantía de pensión mínima, hasta el primer mes de aprobación de su solicitud, con un descuento por concepto pago de salud con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) como lo establece la norma[2]. Este giro se efectuará al medio de pago reportado en la solicitud de beneficio pensional.

- A partir del siguiente mes usted ingresará a la nómina de pensionados y recibirá de manera anticipada su mesada del mes en curso, pago que se realizará máximo el día 10 de cada mes. Este valor se ajustará anualmente con base en el incremento del salario mínimo.

- En el mes de noviembre de cada año recibirá la mesada adicional (mesada 13).

4. ¿Quiénes son los eventuales beneficiarios de una sustitución pensional?

Es de resaltar que cuando aprobamos la pensión, Porvenir SA determinó el monto de su mesada pensional con los beneficiarios relacionados por usted en la solicitud de beneficio pensional, cualquier cambio de esta información modifica el valor de la mesada pensional.

Queremos recordarle que es un deber de su parte como Pensionado informarnos sobre cualquier cambio en la composición de su núcleo familiar, lo anterior con el propósito de mantener actualizado sus beneficiarios ante una eventual sustitución de pensión por fallecimiento; previo cumplimiento de requisitos legales[3].

Próximos pasos a realizar

1. Cuenta bancaria pensional para realizar el pago de la mesada anticipada: Si usted tiene una cuenta bancaria pensional y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas.

Ahora bien, en caso de no contar con este medio de pago, **es necesario que solicite abrir una cuenta bancaria pensional**, para esto, puede acercarse a cualquiera de las sucursales de los siguientes bancos o visitar sus páginas web:

- **Banco BBVA, Banco Davivienda, Banco de Bogotá, Banco de Occidente o Banco Popular**

En donde solicitara la apertura de su cuenta pensional especificando que el pagador de su pensión es Porvenir S.A, Fondo de Retiro Programado con **NIT 900.394.960-0.**

¡Recuerde! Debe adjuntar una copia de esta comunicación junto con una fotocopia ampliada de su documento de identidad para completar el proceso de apertura de la cuenta.

2 Resolución 2388 de 2016

3Artículo 74 Ley 100 de 1993, modificado Art. 13 Ley 797 de 2003.

Beneficios al abrir su cuenta pensional

- Manejo seguro y sencillo de su mesada pensional.
- Sin cuota de manejo ni costo de apertura.
- No se requiere saldo mínimo en la cuenta.
- Opción de elegir entre retiro mediante tarjeta débito o talonario.
- Flexibilidad para realizar retiros en otras redes y acceder a servicios adicionales relacionados con la gestión de la cuenta.

¡No olvide! Cuando haya completado la apertura de su cuenta pensional, le recomendamos obtener **una certificación bancaria** y visitar una de nuestras Oficinas Porvenir. Allí podrá actualizar sus datos y asegurar el pago de su mesada pensional anticipada.

2. Afiliación a la EPS:

Si usted se encuentra afiliado(a) a una EPS, o al Sisbén o es Beneficiario en salud deberá:

- Dirigirse a su EPS y actualizar su afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de su mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808** y adjuntando copia de esta comunicación.

La actualización o afiliación a la EPS deberá realizarla los primeros cinco (5) días hábiles del próximo mes, solicitando al Asesor de la EPS que la vigencia sea a partir del mes siguiente al ingreso de la nómina como pensionado.

Recuerde que si en un futuro, decide trasladarse de EPS, usted debe realizar el anterior procedimiento contando con la aceptación y aprobación de traslado por parte de la Entidad de Salud seleccionada.

La EPS será la encargada de la actualización en la **Base de Datos Única de Afiliados** Sistema General de Seguridad Social en Salud - (BDUA - SGSSS). Lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo octubre / 18/v1.0

3. Cajas de Compensación:

Como pensionado tiene la posibilidad de afiliarse[4] a las cajas de compensación y acceder a los servicios que ofrecen, deberá tener en cuenta los siguientes requisitos:

Afiliación con 0% de Cotización	Servicios de la Caja de Compensación a los que pueden acceder
Pensionados ingresos **1 a 1.5 SMMLV**	Recreación, Deporte, Cultura
Pensionados con **25 años de cotización** al sistema general de cajas de compensación	Recreación, Capacitación, Turismo

Aporte Voluntario	de 1 a 1.5 SMMLV	> 1.5 SMMLV
0.6% de cotización	Turismo, Capacitación	Recreación, Turismo, Capacitación
2% de cotización	**Todos los servicios que tienen derecho los trabajadores activos, excepto la cuota monetaria.**	

Para afiliarse, acérquese a la Caja de Compensación Familiar de su elección:

- Si desea aportar el 0% adjunte un certificado de semanas cotizadas de la Caja de Compensación donde estuvo afiliado, copia del documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de pago de la última mesada.
- Si desea aportar el 0,6% o 2%, adjunte copia de su documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de la última mesada.
- Si estuvo vinculado por más de 1.250 semanas a las cajas de compensación familiar - CCF usted podrá vincularse de manera inmediata a este sistema y disfrutar de todos los beneficios que una CCF le ofrecen como afiliado pensionado[5].

4 Afiliación (…) artículo 57 de la ley 21 de 1982, modificado por el artículo 139 del decreto-ley 019 de 2012, establece que es obligación de las Cajas de Compensación Familiar afiliar a todo empleador, trabajador independiente y pensionado que lo solicite. La afiliación de los pensionados en las Cajas de Compensación Familiar está regulada en el artículo 6 de la Ley 71 de 1988, modificado por la ley 1643 de 2013 y reglamentado por el Decreto 867 de 2014, compilado en la sección 2 del Capítulo 3 del Título 7 del Decreto Único Reglamentario de Sector Trabajo (DURTS) 1072 de 2015.

5Vinculación al sistema de CCF de acuerdo con la ley 2225 de 2022