

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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	50008716	\$543.600	

## 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	218.900	0		0		0	5	700	0	219.600	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	280.200	0	0	0	0	5	900	0	281.100	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	42.700				42.700	5	200	42.900			427	42.900	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
<b>SENA</b>				
0	5	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	5	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.600
Pensión	1	280.200	281.100
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>543.600</b>

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	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	50008716	\$543.600	

**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	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	52309423	MARTINEZ SOLER NORMA ESPERANZA	59	0			N																	25-14	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-7	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER  
PS\_6000\_2025\_7534C6

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.

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.406.667	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 13.806.667	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.900.000
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS:** SIETE (7) MESES

**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)

- |    |  |
|----|--|
| 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, CONFORME AL 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, SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, LOS SOPORTES DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS.                                     |
| 4  | REVISÉ Y VALIDÉ LOS SERVICIOS RESPECTO A LAS 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, CON EL FIN DE DISMINUIR LAS FILAS EN LAS SALAS DE ESPERA.  |
| 7  | GENERÉ LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA O EL REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH, SOPORTADO 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 COPIA AL USUARIO DE ACUERDO CON LA ATENCIÓN PRESTADA AL PACIENTE, CONFORME AL 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, ARQUEO Y ENTREGA DE LOS SOPORTES RESPECTIVOS, SEGÚN EL INSTRUCTIVO DEL ÁREA DE TESORERÍA.   |
| 11 | ENTREGUÉ LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO, 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 SEGUIMIENTO A LAS PREFACTURAS ENVIADAS AL PROCESO DE REVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN.   |
| 15 | REALICÉ ACTUALIZACIÓN PERMANENTE RESPECTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA.   |
| 16 | REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.   |
| 17 | PARTICIPÉ EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.   |
| 18 | REALICÉ ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO, SEGÚN DESIGNACIÓN.  |
| 19 | CON LA FIRMA DEL CONTRATO, ACEPTÉ QUE EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DEL DINERO AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL RECAUDO EN VENTANILLA, ESTE FUERA DESCONTADO DE LOS HONORARIOS CERTIFICADOS EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE. |

**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° 92363930	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <u>NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER</u> PS_6000_2025_7534C6 <b>NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER</b> <b>CC: 52309423</b>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <u>YAMILE CANO HERRERA</u> PS_6000_2025_7534C6 <b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <u>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</u> PS_6000_2025_7534C6 <b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>