

## RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 40325624	0	CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CLL 64H 69A-12		3175025322		CLAUDIAVIVIANA6@HOTMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37383051	I	2026-05-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	701.500	3.100	NU
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37383051	2026-05-08	Pagada							

EMPLEADO		NOVEDADES														DÍAS		PENSIÓN				SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica													
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.								
1	CC 40325624	CAMACHO FALLA CLAUDIA VIVIANA	2.400.000		X															0			30	30	30	0	COLPENSIONES-25-14	2.400.000	384.000	0	0	SANITAS-EPS005	2.400.000	300.000	COMPENSAR-CCF24	2.400.000	14.400	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	0	0	0	03	0	698.400	N	0

## RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 40325624	0	CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CLL 64H 69A-12		3175025322		CLAUDIAVIVIANA6@HOTMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37383051	I	2026-05-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	701.500	3.100	NU
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37383051	2026-05-08	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.400.000	2.400.000	0	2.400.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	384.000	0	1.700	0	385.700
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	384.000	0	1.700	0	385.700
EPS(Administradoras: 1)				1	300.000	0	1.300	0	301.300
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	300.000	0	1.300	0	301.300
CCF(Administradoras: 1)				1	14.400	0	100	0	14.500
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	14.400	0	100	0	14.500
Gran Total					698.400	0	3.100	0	701.500

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA		CC:	40325624	
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiaviviana6@hotmail.com		TELÉFONO:	3175025322	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 64H 64A 12		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	92235657

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3628 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/31	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/04/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA  
PS\_3628\_2026\_DB193B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA

CC: 40325624

CEL: 3175025322

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

**CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA**

**CON C.C N°**

**40.325.624**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCION 711 24 04 2025.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3628 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/03/31</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.200.058	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 6.200.058	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.000.056
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** UN (1) MES Y UN (1) DIA

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

**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 REALIZA LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, ASÍ COMO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	SE PARTICIPA DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y DEMÁS PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y OTROS SISTEMAS DEFINIDOS), ASEGURANDO SU ADECUADA IMPLEMENTACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES
3	BRINDAR APOYO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ESTO IMPLIQUE EL RECONOCIMIENTO DE PAGOS ADICIONALES A LOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO.
4	SE ASISTE DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A LOS COMITÉS SEMANALES Y/O MENSUALES, ASÍ COMO A LAS REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y DEMÁS CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO LA RESPECTIVA CONSTANCIA Y LOS SOPORTES DE PARTICIPACIÓN
5	SE PLANIFICAN Y/O DESARROLLAN CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES E INTERVENCIONES TÉCNICAS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD Y EN CONCORDANCIA CON EL PERFIL PROFESIONAL.
6	SE GESTIONA Y FORTALECE LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL REQUERIDA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
7	SE REALIZA LA ENTREGA OPORTUNA, COMPLETA Y BAJO CRITERIOS DE CALIDAD, EN LAS PERIODICIDADES ESTABLECIDAS (DIARIA, SEMANAL O MENSUAL), DE LA TOTALIDAD DE LOS FORMATOS, BASES DE DATOS, INFORMES Y SOPORTES DERIVADOS DE LAS ACCIONES, ATENCIONES E INTERVENCIONES EJECUTADAS EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL
8	SE GARANTIZA EL USO RESPONSABLE, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS, ASÍ COMO SU ENTREGA, JUNTO CON LOS SOPORTES FÍSICOS Y MAGNÉTICOS, AL MOMENTO DE LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO.
9	SE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL PROFESIONAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, GARANTIZANDO LA ENTREGA COMPLETA, OPORTUNA Y CONFORME DE LOS PRODUCTOS, REGISTROS Y SOPORTES DERIVADOS DE LA GESTIÓN REALIZADA, LOS CUALES SE ENCUENTRAN SUJETOS A PROCESOS DE AUDITORÍA, VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES DE LOCALIDAD, EL EQUIPO DINAMIZADOR Y/O LOS ENTES COMPETENTES, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, CONTRACTUALES Y NORMATIVOS VIGENTES
10	SE REALIZA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, ASÍ COMO LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDAS, IMPLICA LA NO CAUSACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, EL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE

**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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 0</b>



**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 afiliacion 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p align="center">CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA PS_3628_2026_DB193B</p> <hr/> <p align="center"><b>CLAUDIA VIVIANA CAMACHO FALLA</b> <b>CC: 40325624</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p align="center">LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3628_2026_DB193B</p> <hr/> <p align="center"><b>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>