

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91002496	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$544.000	

## 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	900	0	219.800	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	1.100	0	281.300	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	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	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
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>544.000</b>



**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

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

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1774 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.328.120
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/02	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/05/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



*NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER*  
*PS\_1774\_2026\_77B95A*

**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 COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 1774 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/02

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 9.312.480 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 9.312.480 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.328.120

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO ( 4 ) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**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 LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO CON ORGANIZACIÓN Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR.
2	VERIFIQUÉ LAS ÓRDENES MÉDICAS Y AUTORIZACIÓN FÍSICA QUE PRESENTÓ EL PACIENTE PARA SU ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA, SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	VERIFIQUÉ DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN DEL USUARIO Y ADJUNTÉ A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS SOPORTES DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS.
4	REVISÉ Y VALIDÉ SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GÉNERO Y SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	ACTUALICÉ DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y 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 DISMINUCIÓN DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.
7	GENERÉ FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH Y SOPORTÉ CON LA DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTÓ EL USUARIO SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
8	RECEPCIONÉ DINERO, GENERÉ RECIBO DE CAJA Y ENTREGUÉ COPIA AL USUARIO DE ACUERDO CON LA ATENCIÓN PRESTADA AL PACIENTE SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
9	RECIBÍ E INGRESÉ EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH LOS ABONOS QUE REALIZARON LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARÉS.
10	REALICÉ CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGÚN INSTRUCTIVO DEL ÁREA DE TESORERÍA.
11	ENTREGUÉ LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO, 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, ESCANEÉ Y ADJUNTÉ A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS SOPORTES FÍSICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS.
15	REALICÉ SEGUIMIENTO A LOS SOPORTES PENDIENTES Y A LA FACTURACIÓN RADICADA EN LAS PLATAFORMAS DE LAS ERP, VERIFICANDO LOS CAMBIOS DE ESTADO Y NOTIFICANDO LAS ACTUALIZACIONES CORRESPONDIENTES EN EL SISTEMA DGH.
16	REALICÉ ACTUALIZACIÓN EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA O POR LA SUBRED.
17	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
18	REALICÉ ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SEGÚN FUI DESIGNADO(A).
19	ACEPTÉ QUE, AL MOMENTO DE ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, CUALQUIER DIFERENCIA O AUSENCIA DEL MISMO SERÍA DESCONTADA 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 82533961	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 541.800

**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><i>NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER</i> PS_1774_2026_77B95A</p> <hr/> <p><b>NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER</b> <b>CC: 52309423</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_1774_2026_77B95A</p> <hr/> <p><b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1774_2026_77B95A</p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>