

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATHALY GONZALEZ CASTRO		CC:	52731134	
CORREO ELECTRÓNICO:	NATYCA81@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3166689441	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 14Q BIS 69A 71 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488448676590

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1789 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.428.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



NATHALY GONZALEZ CASTRO  
PS\_1789\_2026\_03B09C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NATHALY GONZALEZ CASTRO

CC: 52731134

CEL: 3166689441

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

**NATHALY GONZALEZ CASTRO**

CON C.C N°

52.731.134

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 1789 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.712.480	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 9.712.480	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.428.120
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES
--	--------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY
--	------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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)

<b>ITEM</b>	<b>1</b>
	1. Generé y/o verifiqué la apertura de los ingresos y/o admisiones en el sistema DGH y los soportes del paquete administrativo cargados por el área de autorizaciones de los usuarios a facturar 2. Informé al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo 3. Realicé la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar 4. Generé los egresos dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas de los pacientes reportadas por el área sistencial 5. Entregué las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad 6. Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes de urgencias verificando (según aplique) el cargue de sus repectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH 7. Generé los recibos de caja, y/o pagares con su correspondiente solicitud de crédito realizando la entrega de los formatos debidamente diligenciados a la persona encargada 8. Entregue el dinero recaudado en los formatos establecidos a la persona encargada del área de tesoreria 9. Apoye los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado 10. Asistí a una reunion programadas por el área

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9503494293	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/05/11	\$ 245.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/11	\$ 313.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	\$ 47.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 606.400</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 ibr 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**



*NATHALY GONZALEZ CASTRO*

*PS\_1789\_2026\_03B09C*

**NATHALY GONZALEZ CASTRO**

**CC: 52731134**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YAMILE CANO HERRERA*

*PS\_1789\_2026\_03B09C*

**YAMILE CANO HERRERA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*

*PS\_1789\_2026\_03B09C*

**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731134		GONZALEZ CASTRO NATHALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 14 Q Bis #69A71 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2006327	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	293811306	9503494293	I	2026/05/11	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$606,400

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,960,000	\$313,600			\$1,960,000	\$245,000			\$0	\$0			\$1,960,000	\$47,800		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,960,000	\$313,600			\$1,960,000	\$245,000			\$0	\$0			\$1,960,000	\$47,800		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,960,000	\$313,600			\$1,960,000	\$245,000			\$0	\$0			\$1,960,000	\$47,800		\$0	\$0
1	CC	52731134	GONZALEZ NATHALY	230201	30	\$1,960,000	\$313,600	EPSC34	30	\$1,960,000	\$245,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,960,000	\$47,800	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,960,000	\$313,600			\$1,960,000	\$245,000			\$0	\$0			\$1,960,000	\$47,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731134		GONZALEZ CASTRO NATHALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 14 Q Bis #69A71 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2006327	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	293811306	9503494293	I	2026/05/11	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$606,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$313,600	\$0	\$0	\$313,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$313,600	\$0	\$0	\$313,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$47,800	\$0	\$0	\$47,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$47,800	\$0	\$0	\$47,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$245,000	\$0	\$0	\$245,000	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$245,000	\$0	\$0	\$245,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$606,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$606,400</b>	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

## Datos guardados



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
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

#### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1 PS 1789 2026 CRP -10238.pdf	1 PS 1789 2026 CRP -10238.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONAL FEBRERO 2026.pdf	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONAL FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1789 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>





Evaluación de la Entidad Estatal





### MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

#### CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

##### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52731134	GONZALEZ	CASTRO	NATHALY		2026-04	Capital Salud	COTIZANTE
CC	52731134	GONZALEZ	CASTRO	NATHALY		2014-05	Compensar	COTIZANTE
CC	52731134	GONZALEZ	CASTRO	NATHALY		2019-12	Compensar	BENEFICIARIO

##### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Capital Salud	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 110 Registros en 11 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver a Consultar](#)
[Descargar](#)

<https://www.youtube.com/@adrescolombia6206>


Ver en

- Presidencia (<https://www.presidencia.gov.co/>)
- Vicepresidencia (<https://www.vicepresidencia.gov.co/>)
- MinJusticia (<https://www.minjusticia.gov.co/>)
- MinDefensa (<https://www.mindefensa.gov.co/>)
- MinTrabajo (<https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest>)
- MinInterior (<https://www.mininterior.gov.co/>)

- MinRelaciones (<https://www.cancilleria.gov.co/>)
- MinHacienda (<https://www.minhacienda.gov.co/>)
- MinMinasyEnergia (<https://www.minenergia.gov.co/es/>)

- MinComercio (<https://www.mincit.gov.co/>)
- MinTic (<https://www.mintic.gov.co/>)
- MinEducación (<https://www.mineducacion.gov.co/>)

- MinCultura (<https://www.mincultura.gov.co/>)
- MinAgricultura (<https://www.minagricultura.gov.co/>)
- MinAmbiente (<https://www.minambiente.gov.co/>)
- MinTransporte (<https://www.mintransporte.gov.co/>)
- MinVivienda (<https://www.minvivienda.gov.co/>)
- Gobierno Digital (<https://gobiernodigital.mintic.gov.co/portal/>)

## Enlaces de Interés:

- Superintendencia Nacional de Salud (<https://www.supersalud.gov.co/>)
- Instituto Nacional de Salud (<https://www.ins.gov.co/>)
- Registro de Prescripción de Prestaciones No Incluidas en el POS (<https://mipres.sispro.gov.co/>)
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx>)
- Gestión del Riesgo Individual (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>)
- Medicamentos a un clic (<https://medicamentosauclinc.gov.co/>)
- POS Pópuli (<https://pospopuli.minsalud.gov.co/>)

## Otras entidades:

- Departamento Nacional de Planeación (<https://www.dnp.gov.co/>)
- Departamento Administrativo de la Función Pública (<https://www.funcionpublica.gov.co/>)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (<https://www.dane.gov.co/>)
- Prosperidad Social (<https://prosperidadsocial.gov.co/>)
- Unidad para las Víctimas (<https://www.unidadvictimas.gov.co/>)
  
- Gobierno en Línea (<http://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/765/w3-channel.html>)
- ICBF (<https://www.icbf.gov.co/>)
- Colombia Compra Eficiente (<https://www.colombiacompra.gov.co/colombia-compra/colombia-compra-eficiente>)
- SECOP (<https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do>)
- Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/>)
- Organización Panamericana de la Salud (<https://www.paho.org/col/>)



(<https://www.colombia.co/>)