

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO		CC:	53029947	
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUDIAVILLAMIZAR2011@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3143640352	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 25 17 15 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488433107437

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1725 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.328.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30		



CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
PS_1725_2026_8C1BBE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

CC: 53029947

CEL: 3143640352

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

CON C.C N° **53.029.947**

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 1725 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.968.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO

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	SE REALIZO LLAMADO DEL USUARIO A VENTANILLA DE ACUERDO A ORGANIZACION Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR.
2	SE REALIZO VERIFICACION DE LAS ORDENES MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA EL USUARIO PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	SE VERIFICO DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LAS SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS.
4	SE REVISO Y VALIDO SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GENERO Y SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	SE ACTUALIZO DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.
6	SE REALIZO LA FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIERAN CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACION, PREVIAMENTE A LA ATENCION MEDICA, PARA DISMINUCION DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.
7	SE GENERO FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y SOPORTAR CON LA DOCUMENTACION QUE PRESENTA EL USUARIO SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
8	SE RECEPCIONO DINERO, GENERANDO RECIBO DE CAJA Y SE ENTREGO COPIA AL USUARIO DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
9	SE RECIBIO E INGRESO LOS ABONOS QUE REALIZAN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES.
10	SE REALIZO CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.
11	SE HIZO ENTREGA DE LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO INSTRUCTIVOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL AREA.
12	SE CORRIGIO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.
13	SE BRINDO EL APOYO NECESARIO Y REALIZO PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.
14	SE REALIZO ACTUALIZACIONES EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y SE ASISTIO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA.
15	SE REALIZO LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
16	SE PARTICIPO EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N° 8384380413	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/29	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/29	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/29	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 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 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	 <p><i>CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO</i> PS_1725_2026_8C1BBE</p> <hr/> <p>CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO CC: 53029947</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_1725_2026_8C1BBE</p> <hr/> <p>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1725_2026_8C1BBE</p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

Información básica de la planilla

Empresa:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO	NIT:	53029947
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2026
Número de Radicación:	8384380413	Total a pagar:	\$576,900
Fecha de vencimiento:	11/06/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	29/05/2026	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago en Cajas
Banco:	1023	Número Autorización:	93003413
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$42,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$280,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$35,100
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$218,900
						\$576,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**



- 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

Cancelar

< 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	PS 1259 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1725 2026 CRP -9883.pdf	1 PS 1725 2026 CRP -9883.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1725 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< 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	53029947	VILLAMIZAR	SERRANO	CLAUDIA	LILIANA	2026-05	Compensar	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 152 Registros en 16 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](#)

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
Centro Empresarial Elemento