

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ			CC:	52360349
CORREO ELECTRÓNICO:	PULSAPULGA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3212811462
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11K 43 15 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480289340
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1841 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.873.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ PS_1841_2026_5BB91A NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ CC: 52360349 CEL: 3212811462					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ

CON C.C N°52.360.349

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 1841 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.492.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.238.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

ITEM	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	1 Realice la descarga de los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, runt y dinámica gerencial), las cuales ya cuentan con el aval de revisión. 2 Realice la verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial) 3 Realice los reportes en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas o soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar. 4 Realice el reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar. 5 Realice unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos. 6 Realice el seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades. 7 Creación de registro de la relación de envío en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB. 8 Realice el seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envío en DGH. 9 Realice la confirmación de la relación de envío en el sistema DGH. 10 Realice la confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envío a rips de las mismas. 11 Relice la creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envío en el sistema DGH la cual se presenta a las EAPB y área de cartera. 12 Realice la Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envío las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH. 13 Realice la subsanación de las inconsistencias enviadas ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas. 14 Realice la entrega de la relación de envío con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH. 15 Realice las demas actividades inherentes al objeto contractual

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° 85627397	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/06/10	\$ 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 ningún 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	 SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ PS_1841_2026_5BB91A SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ CC: 52360349
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_1841_2026_5BB91A 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_1841_2026_5BB91A ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-10, 07:58:56 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	SANDRA PATRICIA PULGARIN RAMIREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52360349
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8903213214 / 85627397
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	85627397
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 576.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 280.200	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 218.900	\$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	1	\$ 42.700	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 35.100	\$ 0
SubTotales:				\$ 576.900	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 576.900





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **View Contract**

1 General Information

Cancel

<

Buyer Evaluation

>

2 Conditions

VIEW CONTRACT

3 Catalogue Items

Contract Execution

4 Attestation Documents

Contract Execution

5 Contract Document

☐ Percentage ☐ ItemReception

6 Budget Information

Contract Invoice

7 **Contract Execution**

Registration authorization is
needed?

☐ Yes

☒ No

8 Contract Versions

9 Non-Compliances

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State
------------	------------	------------	----------------	---------------------	-------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Create

Contract Execution Documents

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.PDF	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.PDF	Supplier	download	Detail
☐	1 PS 1841 2026 CRP -10270.pdf	1 PS 1841 2026 CRP -10270.pdf	Buyer	download	Detail
☐	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf	Supplier	download	Detail

☐	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.PDF	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.PDF	Supplier	download	Detail
☐	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.PDF	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.PDF	Supplier	download	Detail
☐	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.PDF	PS 1841 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.PDF	Supplier	download	Detail

Cancel

Remove selected

Upload new

<

Buyer Evaluation

>

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	52360349	PULGARIN	RAMIREZ	SANDRA	PATRICIA	2026-04	Salud Total	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...				151 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.

D

A⁻A⁺**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
Código Postal 111071
Bogotá, D.C.

Atención presencial**Piso 16**

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60