

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018435586	JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE	CARRERA 13 N 38 76	8039441	JTHT_06@HOTMAIL.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89966337	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$544.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
231001	Colfondos	800227940-6	281.600		0	0	0	0	0	0		281.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.900					42.900	0	0	42.900			429	42.900	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	42.900	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	544.500	544.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018435586	JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE		CARRERA 13 N 38 76	8039441	JTHT_06@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89966337	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$544.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Económico	ING	RET	TDE	TAF	TAP	VSP	VST	SEN	RSE	LAA	ANC	ANC	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1018435586	ESTUPIÑAN INFANTE JUDITH TATIANA	59	0			N																231001	1.760.000	30	281.600	0	0	0	0	EPS008	1.760.000	30	220.000	14-23	1.760.000	30	3	42.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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		
	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf (Archivado)	PS 1082 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2025 2026 CRP -8904.pdf	1 PS 2025 2026 CRP -8904.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	PS 2025 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE			CC:	1018435586
CORREO ELECTRÓNICO:	TATY.0601@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3222191534
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 38 76			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488400845944
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2025 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.562.560	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE PS_2025_2026_47EB7F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE CC: 1018435586 CEL: 3222191534					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE

CON C.C N°1.018.435.586

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE
SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 2025 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$14.894.880No. HORAS EJECUTADAS128

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$21.261.240VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.562.560

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ

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	Diligenciar las historias clínicas de acuerdo a la normatividad vigente y los procedimientos establecidos
2	Diligenciar y entrar oportunamente los formatos de notificación
3	Referencia y contrarreferencia de pacientes
4	Referencia y contrarreferencia de pacientes de conformidad con los procedimientos establecidos
5	Aplicar las normas, guías y protocolos de garanticen la adecuada prestación de los servicios
6	Ejecutar los planes de mejora realizados por cada centro de atención primario
7	Participar de las actividades que se requieran para el cumplimiento de los requisitos de acreditación

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° 89966337	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/19	\$ 220.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/19	\$ 281.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/19	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 544.500

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 afiliación 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE

PS_2025_2026_47EB7F

JUDITH TATIANA ESTUPIÑAN INFANTE

CC: 1018435586

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



LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ

PS_2025_2026_47EB7F

LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO