Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NARA LILIANA CASTRO RENGIFO
No. Identificación: CC52194004
Dirección: CL 7 F 79 C 66
Telefono: 3173604089
Correo: nalicastro24@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8393605300

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NARA LILIANA CASTRO RENGIFO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52194004	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2026
Número de planilla	8393605300	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2026
Fecha pago	2026-08-13	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2749747	**Total Pagado**	545600
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	3800

PAGADA
8393605300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	43000	1
231001	Colfondos	282200	1
EPS008	Compensar EPS	220400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52194004
APELLIDOS Y NOMBRES: NARA LILIANA CASTRO RENGIFO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NARA LILIANA CASTRO RENGIFO**			**CC:**	**52194004**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NALICASTRO24@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3173604089**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 7F 79C 66**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488404400738**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1991 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.466.750**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

NARA LILIANA CASTRO RENGIFO
PS_1991_2026_2C2F7D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NARA LILIANA CASTRO RENGIFO
CC: 52194004
CEL: 3173604089

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NARA LILIANA CASTRO RENGIFO			
	CON C.C N°	**52.194.004**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL 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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1991 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**195**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.939.650	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.466.750
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN		

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	Apoyar actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales: CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO EPP
2	Prestar sus servicios como Higienista oral para el desarrollo de las actividades conforme al estándar institucional (10 actividades por hora: RIPS HISTORIAS CLÍNICAS
3	Apoyar la prestación de servicios de odontología, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales: ASIGNACIÓN DE CITAS
4	Apoyar la ejecución de las actividades realizadas por el odontólogo del servicio: CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO EPP
5	Cumplir con las normas de bioseguridad: CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO EPP III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESAR

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8392737952	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/23	$ 222.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/23	$ 284.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/23	$ 43.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 550.300

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	*NARA LILIANA CASTRO RENGIFO* *PS_1991_2026_2C2F7D* **NARA LILIANA CASTRO RENGIFO** **CC: 52194004**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN* *PS_1991_2026_2C2F7D* **CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**