aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000785736		SOLAQUE VALBUENA YUDI NATHALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 44 A # 78 - 72 B	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7909378	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1545887920	9486506503	I	2025/06/11	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1000785736 SOLAQUE YUDI	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000785736		SOLAQUE VALBUENA YUDI NATHALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 44 A # 78 - 72 B	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7909378	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1545887920	9486506503	I	2025/06/11	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA**			**CC:**	**1000785736**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SOLAQUENATHALY@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142662142**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 44A 78 72 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008870571760**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1098 2025**	**N° CDP:**	**1276**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.272.820**					

YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA
PS_1098_2025_27676B-2025-06-17 10:06:57

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA
CC: 1000785736
CEL: 3142662142

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			
YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA			
	CON C.C N°	**1.000.785.736**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1098 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**220**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.636.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.272.820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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	REALIZAR RECORRIDO POR EL AREA DE PROTECCION Y SEGURIDAD VALORANDO AL PERSONAL PRIVADO DE LIBERTAD QUE SE ENCUENTRE SEGREGADO POR MOTIVOS DE SALUD
2	APOYAR EL EXAMEN MEDICO EL DIA DEL INGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD
3	APOYAR LA REALIZACION DE ACTIVIDADES DE PREVENCION, ATENCION Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, EN TEMAS RELACIONADOS A LAS PATOLOGIAS PRINCIPALES, DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLOGICO, SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. (CONSULTA DE PYD)
4	APOYAR DURANTE EL TRAMITE DE EGRESO DEL PRIVADO DE LA LIBERTAD, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y/O DOCUMENTACION IMPORTANTE DE SALUD (RESULTADOS DE LABORATORIO, ORDENES MEDICAS, FORMULAS Y OTROS); PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, CITA(S) POR ESPECIALISTA(S) Y TERAPIA(S) QUE SE ENCUENTRE(N) EN TRAMITE.
5	ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR SEGUNDO PISO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD QUE ASI LO REQUIERAN (VIA ORAL), CON ACOMPAÑAMIENTO DEL CUERPO DE CUSTODIA Y VIGILANCIA, EXCEPTO, LOS MEDICAMENTOS INYECTABLES, TOPICOS E INVASIVOS CUYO PROCEDIMIENTO SE REALIZARA EN LA UNIDAD BASICA DE SALUD
6	APOYAR EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LOS CENTROS DE RECLUSION DONDE SEA ASIGNADO (CARCEL DISTRITAL - CENTRO ESPECIAL DE RECLUSION - ESTACIONES DE POLICIA Y URIS).
7	APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCION, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGIA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS BASICOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD QUE SEAN FORMULADOS POR LA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRONICOS, ENTRE OTROS.
8	REALIZAR NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD PUBLICA MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACION ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD.
9	GARANTIZAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN SITUACIONES DE URGENCIAS MEDICAS, CRISIS Y CONTINGENCIAS DE SALUD, EN LAS CONSOLAS POR PRIMER Y SEGUNDO PISO
10	LLEVAR EL REGISTRO DE LAS BASES DE DATOS DE LAS PPL CON PATOLOGIAS QUE REQUIEREN CONTROL
11	APOYAR LA ATENCION MEDICA RESOLUTIVA Y PRIORITARIA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD QUE ASI LO REQUIERAN.
12	APOYAR LOS EXAMENES MEDICOS AL EGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD
13	REALIZAR ACTIVIDADES DE DESINFECCION RUTINARIA Y TERMINAL
14	APOYAR EN EL AGENDAMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD PARA SER ATENDIDOS.
15	REALIZAR LA ENTREGA DE FORMULAS A LAS PPL
16	APOYAR LA REALIZACION CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, DETECCION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS Y APLICACION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DETECCION DE VIH Y SIFILIS.

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9486506503	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/06/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/06/11	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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 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	*YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA* *PS_1098_2025_27676B-2025-06-17 10:06:57* **YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA** **CC: 1000785736**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1098_2025_27676B-2025-06-17 16:08:40* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**