



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-22, 12:01:02 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1074040577

Periodo Cotización:

julio de 2025

Periodo Servicio:

julio de 2025

Referencia pago

8841290030

PAGADA 13/08/2025

## I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO		
Documento	CC1022949595	Dirección	CL 48P SUR #5 HG - 18 BOCHICA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3108800210
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

## II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1022949595	DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO	59	0																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$1,423,500	\$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,423,500	\$178,000	2.436	\$1,423,500	\$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500

## III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$227,800	\$178,000	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500	\$0	\$440,500



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO			CC:	1022949595
CORREO ELECTRÓNICO:	DAVDF-RAMIREZ@JUANCORPAS.EDU.CO			TELÉFONO:	3026711012
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48 S 5H 18			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	562074997

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2855 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 1.480.290



DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO  
PS\_2855\_2025\_EF1FAB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO

CC: 1022949595

CEL: 3026711012

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO**

**CON C.C N° 1.022.949.595**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2855 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 8.547.840	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>133</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 16.494.660	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.480.290
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>NUEVE (9) MESES</b>
------------------------------------------------	------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>HOSPITAL SANTA CLARA</b>
------------------------------------------------------	-----------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</b>
-------------------------------	---------------------------------------

**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	Utilicé de manera racional los insumos de papelería y cuidé el equipo de cómputo asignado para el cumplimiento de mis actividades diarias.
2	Marqué las láminas aceptadas para procesamiento con el consecutivo interno del laboratorio, asegurando su trazabilidad dentro del sistema.
3	Recibí y verifiqué las láminas entregadas por los funcionarios de los hospitales, validando que los datos de identificación coincidieran con el número de la placa registrada.
4	Reporté al supervisor una novedad presentada durante la recepción de muestras, informando que uno de los protocolos llegó sin los datos completos del paciente.
5	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.
6	Ejecuté mis funciones técnicas en el Hospital San Blas, conforme a la programación y asignación realizada por el supervisor.
7	Realicé la transcripción de los resultados de las pruebas citológicas y/o VPH del día en el sistema institucional, asegurando fidelidad y exactitud en la información.
8	Archivé los protocolos y resultados de laboratorio en las carpetas asignadas, siguiendo los lineamientos establecidos en la normatividad vigente sobre gestión documental.
9	Atendí al público de manera presencial y telefónica, orientando sobre la entrega de resultados y resolviendo inquietudes relacionadas con los servicios del laboratorio.
10	Procesé los stickers con el consecutivo interno asignado a cada lámina recibida, y los pegué cuidadosamente en los protocolos correspondientes.

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074040577	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/08/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	\$ 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**



DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO

PS\_2855\_2025\_EF1FAB

**DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO**

**CC: 1022949595**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



CATHERINE LUGO CRISTIANO

PS\_2855\_2025\_EF1FAB

**CATHERINE LUGO CRISTIANO**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

PS\_2855\_2025\_EF1FAB

**YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**