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
2025-07	2025-07	1699986682	9488946690	I	2025/08/12	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	2	$441,200

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
2025-07	2025-07	1699986682	9488946690	I	2025/08/12	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	2	$441,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				1	$440,500	$700	$0	$441,200

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: (31-08-2025)					
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:**	**2518**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.272.820**					

YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA
PS_1098_2025_2B1E50

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:	$ 22.728.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.272.820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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	SE REALIZA LA TOMA DE LABORATORIOS, LA COOCACION DE LOS MEDICAMENTOS, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y FORMULACION A LOS PPL DE LAS ESATCIONES ASIGNADAS
2	SE ACOMPAÑA AL MEDICO GENERAL, EN LA CONSULTA DE PYD GENERADAS EN LAS BRIGADAS DE SALUD EN CADA ESATCION DE POLICIA
3	SE REALIZAN LAS TOMAS TOMAS DE PRUEBAS RAPIDAS, DE EDUCA AL PACIENTE, EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA
4	SE REALIZA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS O FORMULAS MEDICAS A LOS PPL YA SEA A SU TRASLADO A CENTRO DE RECLUCION O A SU LIBERTAD
5	SE REALIZA LA ENTREGA MENSUAL DEL MEICAMENTO Y LA FORMULA AL CUSTODIO DE CADA ESATCION PARA LA ENTREGA POR ORARIO DE CADA MEDICAMENTO VERIFICANDO SU CUMPLIMINETO SEMANAL
6	SE LLEVA A CABO LA BASE DE DATOS MESUAL REALIZANDO SUS REGISTROS Y ACTUALIZACION SEMANAL
7	AL INGRESO DE LA ESATCION SE REALIZA LA CARACTERIZACION, VER EL ESATDAO EN QUE SE ENCUANTRA EL PPLL Y SE REGISTRA EN LA BASE DE DATOS
8	SE REALIZAN LAS BRIGADAS DE SALUD MESUAL, PARA BRINDAR ATENCION EN MEDICINA GENERAL, PSICOLOGIA, TRABJO SOCIAL Y ENFERMERIA
9	NO SE REALIZA
10	NO APLICA
11	SE REALIZAN LA NOTIFICAIONES EN EL PLAZO ESTABLECIDO
12	SE REALIZA LA ENREGA DE INSULINA A LOS PPL Y CUSTODIOS DE CADA ESATCIONES DE POLICIA MENSUALMENTE PARA DICHA ADMINISTRACION
13	ANTE LAS URGECIAS PRESENTADAS EN LAS ESTACIONES DE POLICIA SE HACE EL LLAMADO A LA LINEA DE EMERGENCIA 123 SOLICITANDO AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DEL PPL
14	NO SE REALIZA
15	SE REALIZA EL AJENDAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE SE VALORAN EL DIA DE LA BRIGADA DE SALUD
16	SE REALIZA LA ENTREGA DE FORMULAS A LOS PPL PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTO POR UN FAMILIAR
17	SE EJECUTA LA ATENCION INETGRAL DE LOS PRIVADOS DE LA LIBERTAD A SUS NECESIDADES

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488946690	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/14	$ 178.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/14	$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/08/14	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.200

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_2B1E50* **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_2B1E50* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**