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 39800375		ACEVEDO CAMACHO ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 49 B SUR N° 9 89 BLQ 4 CASA 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7516991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	25470669	9491146506	I	2025/09/16	2025/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$405,800

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			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 39800375	ACEVEDO ESPERANZA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2025/09/10 04:07 PM

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 39800375		ACEVEDO CAMACHO ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 49 B SUR N° 9 89 BLQ 4 CASA 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7516991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	25470669	9491146506	I	2025/09/16	2025/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$405,800

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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**

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: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO**				**CC:**	**39800375**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ESPERANZITA5050@HOTMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3204156636**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49B SUR 9 89**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800270607**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2085 2025**	**N° CDP:**	**2519**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.736.280**					

ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO
PS_2085_2025_680D26

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO
CC: 39800375
CEL: 3204156636

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			
ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO			
	CON C.C N°	**39.800.375**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2085 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**156**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.301.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.736.280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes, al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
2	Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
3	Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes
4	Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo con el objeto contractual y las necesidades del servicio.
5	Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.
6	Realicé la desinfección y registré en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal y de acuerdo con el protocolo establecido para ello y según patología del paciente.
7	Recibí y entregué turno de acuerdo con los protocolos de la entidad
8	Informé al profesional de enfermería y/o al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
9	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
10	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales
11	Solicite en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
12	Recibí y entregué al paciente con el profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo con la unidad de origen y de destino.
13	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales.
14	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
15	Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informe al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registré en la historia clínica del traslado.
16	Orienté a los familiares de los pacientes trasladados para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
17	Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
18	Realicé registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente.
19	Realicé los inventarios, conserve y use adecuadamente los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil.
20	Realicé seguimiento e inventario en los formatos MI-UR-FT-032 ambulancia básica y MI-UR-FT-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes, según la programación de referencia.
21	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.
22	Recibí y entregué las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo con lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
23	Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente reporte eventos adversos e incidentes que servirán para formular acciones o planes de mejoramiento
24	Utilicé el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO.

25	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programaron desde la entidad
26	Cumplí Las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491146506	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/16	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/16	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/16	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO* *PS_2085_2025_680D26* **ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO** **CC: 39800375**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2085_2025_680D26* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**