

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1012328709		MURILLO AMORTEGUI LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 # 60-68 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7594321	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1858799792	9492267494	I	2025/10/03	2025/10/17	NEQUI	14	\$226,700

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)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$711,750	\$4,300			\$711,750	\$17,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$711,750	\$4,300			\$711,750	\$17,400		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$711,750	\$4,300			\$711,750	\$17,400		\$0	\$0	
1	CC	1012328709	MURILLO LEIDY	25-14	15	\$711,750	\$113,900	EPS017	15	\$711,750	\$89,000	CCF24	15	\$711,750	\$4,300	14-23	15	\$711,750	\$17,400	15	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$711,750	\$4,300			\$711,750	\$17,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012328709		MURILLO AMORTEGUI LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 # 60-68 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7594321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-09	2025-09	1858799792	9492267494	I	2025/10/03	2025/10/17	NEQUI	14	\$226,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,900	\$1,000	\$0	\$114,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$113,900	\$1,000	\$0	\$114,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,400	\$200	\$0	\$17,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$17,400	\$200	\$0	\$17,600	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,300	\$100	\$0	\$4,400	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$4,300	\$100	\$0	\$4,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$89,000	\$800	\$0	\$89,800	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$89,000	\$800	\$0	\$89,800	
TOTAL				1	\$224,600	\$2,100	\$0	\$226,700	

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY JOHANNA MURILLO AMORTEGUI			CC:	1012328709
CORREO ELECTRÓNICO:	ladyjohans@hotmail.com			TELÉFONO:	3507799119
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 71 60 68 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488412649854
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6339 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 LEIDY JOHANNA MURILLO AMORTEGUI PS_6339_2025_7AF528 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY JOHANNA MURILLO AMORTEGUI CC: 1012328709 CEL: 3507799119					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDY JOHANNA MURILLO AMORTEGUI

CON C.C N°1.012.328.709

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 6339 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/09/16

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.000.084No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$9.000.084VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$6.000.056

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASUN (01) MES Y QUINCE (15) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	IDENTIFIQUE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, Y SE REALIZO LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE E INFORME AL GESTOR FAMILIAR.
2	IDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, ASÍ COMO LOS FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO.
3	REALIZE TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ME ASIGNO EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN.
4	REALIZE POR MEDIO DE LAS CAPACITACIONES LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
5	PARTICIPE EN TODAS LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA.
6	FUI RESPONSABLE DE VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR SE ENCUENTRE PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y, EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL, REALIZAR LA ATENCIÓN DE MANERA PERTINENTE, REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO, PREVIA FACTURACIÓN Y CARGUE DE LA AGENDA.
7	SE REALIZO LA VALORACIÓN INTEGRAL Y ATENCIÓN EN SALUD DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, ASÍ COMO LA ELABORACION Y CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR.
8	REGISTRE LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIE EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO Y SU FAMILIA EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL, DENTRO DE LOS TIEMPOS DETERMINADOS.
9	REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, SE PROGRAMA UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO PRESENTE Y RECIBIO LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.
10	PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS, ASISTIENDO A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS, Y REALIZE LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS Y COMITÉS A LOS CUALES FUI CONVOCADA, COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.
11	DILIGENCIE LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, ENVIE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AQUELLOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

12	MANEJE DE FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDIENDO POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO MI CUIDADO O A LOS CUALES TENGO ACCESO PARA EL DESARROLLO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, REALIZANDO LA ENTREGA DE TODOS ESTOS AL FINALIZAR EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE LE HAYAN SIDO ENTREGADOS).
13	REALIZE EL USO DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO, Y ENTREGARLOS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO JUNTO CON LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.
14	IDENTIFIQUE LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO, Y SE REMITIO LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN CORRESPONDIENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL SAT.
15	AL REALIZAR LAS VISITAS SE BRINDO A QUIEN LO REQUIERA Y/O SOLICITAR APOYO ACTIVANDO LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS LÍNEA 123. LOS CASOS DE SALUD SERÁN DERIVADOS AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA LA REMISIÓN A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE CORRESPONDA. SERÁ NECESARIO REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE EL EQUIPO DE RESPUESTA Y SEGUIR LAS INDICACIONES DEL REFERENTE DEL CRUE EN CASO DE SER CONTACTADO. EL TIEMPO QUE EL CONTRATISTA PERMANEZCA EN EL EVENTO DEBERÁ JUSTIFICARSE MEDIANTE LA EVOLUCIÓN HORA A HORA HASTA LA ENTREGA AL EQUIPO DE RESPUESTA, TIEMPO QUE SERÁ VALIDADO PARA EL PAGO DE HONORARIOS. TODO LO ANTERIOR DEBERÁ CUMPLIRSE EN SU CALIDAD DE PERSONAL DE SALUD Y PRIMER RESPONDIENTE.
16	VERIFIQUE QUE TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, SE ORDENO CANALIZAR SEGÚN CORRESPONDA.
17	SE ESTABLECIO COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO.
18	REALIZE LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA), REGISTRANDO EL DESARROLLO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO, REALICE LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA CLASIFICACIÓN CORRESPONDIENTE (TIPO 1, 2, 3 Y 4).
19	IDENTIFIQUE CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.
20	ENTREGUE AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9492267494	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/17	\$ 89.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/17	\$ 113.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/17	\$ 17.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 220.300

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



LEIDY JOHANNA MURILLO AMORTEGUI

PS_6339_2025_7AF528

LEIDY JOHANNA MURILLO AMORTEGUI

CC: 1012328709

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6339_2025_7AF528

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO