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 80243094		CARDOZO ROMERO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 43 A SUR 12B 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4664170	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	1845411970	9492845455	I	2025/10/23	2025/10/14	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 80243094	CARDOZO ALEXANDER	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	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 80243094		CARDOZO ROMERO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 43 A SUR 12B 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4664170	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	1845411970	9492845455	I	2025/10/23	2025/10/14	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ALEXANDER CARDOZO ROMERO**			**CC:**	**80243094**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEXCARDOZOROMERO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3507931990**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 2 SUR 11 77 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**451870061277**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1199 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.520.764**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

ALEXANDER CARDOZO ROMERO
PS_1199_2025_776552

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEXANDER CARDOZO ROMERO
CC: 80243094
CEL: 3507931990

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			
ALEXANDER CARDOZO ROMERO			
	CON C.C N°	**80.243.094**	
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 1199 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**244**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.291.625	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.520.764
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES		

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	Registrar y llevar control de saturación teniendo en cuenta protocolo de Oxigeno y carpeta de registro de Oximetría DT-FT-090 y MI-TV-FT-204.
2	Revisar carnet de vacunación y notificar al servicio de vacunación los niños pendientes por dosis en especial los niños pendientes de BCG y Palivizumab
3	Informar al pediatra durante la consulta cambios objetivos y subjetivos evidenciados durante la estadía de los canguros durante la estancia en las consulta.
4	Realizar acompañamientos en procesos de educación y evaluación de usuarios asistentes al Programa.
5	Tramitar citas correspondientes a las fases que se realicen dentro de la Subred (Santa Clara, Jorge Eliecer Gaitán, San Blas, y CAPS).
6	Realizar seguimiento, supervisión y registro de fechas de vencimiento, conservación y disposición final de los biológicos (semaforización)
7	Aplicar las normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia antes, durante y después de la administración del biológico
8	Informar al jefe inmediato las novedades que se presenten durante la jornada
9	Realizar seguimiento telefónico a los usuarios a diario se deben realizar seguimientos telefónicos de recordatorio de citas, para confirmar asistencia y conocer estado de salud del usuario asignado, en caso de contar con solicitud de cancelación o reprogramación de las mismas se debe garantizar nueva asignación de cita consignándolo en HCSCAN
10	Dar cumplimiento a las actividades designadas por jefe y/o pediatra del Programa en cuanto a las necesidades de atención de los niños canguros
11	Mantener confidencialidad de los casos en el programa canguro así como las acciones realizadas en el programa
12	Verificar la disponibilidad de Biológico e insumos para iniciar actividad, en caso de presentar alguna faltante se debe reportar oportunamente al área encargada
13	Al iniciar la jornada de actividades se debe manejar cadena de frio (revisar termómetros y termo higrómetros)
14	Realizar registro diario de Temperatura en forma manual
15	Disponer de los insumos necesarios para inicio de la jornada (biológico, jeringas, algodón estéril, tapabocas etc.)
16	Cumplir con los protocolos establecidos para el ingreso a las áreas de mayor complejidad.
17	Al Iniciar la actividad debe Presentarse a la madre del recién nacid@ con nombre y cargo
18	Alistar, organizar los insumos necesarios, realizar lavado de manos según protocolo.
19	Explicar el procedimiento a la madre, tipo de vacuna, posibles efectos secundarios y cuidados post- vacúnales.
20	Realizar administración (ver protocolo de vacunación)
21	Dejar carnet con fecha de la próxima dosis en historia clinica de la mamá
22	Realizar arqueo de biológico aplicado al terminar la jornada
23	Realizar acompañamiento al servicio de urgencias de pediatría, garantizando ingreso por jefe de Triage, auxiliar de enfermeria y/o pediatra de turno.
24	Realizar lavado diario de paquetes fríos y termos de vacunación.
25	Participar activamente en las reuniones y comités convocados por las Subred y la SDS.
26	Velar por el cumplimiento de 12 horas de la aplicación de la vacuna de Hepatitis B, en caso de presentarse alguna novedad informar al jefe del servicio.
27	Realizar durante la consulta de pediatra talla, peso y toma de medidas antropométricas de los niños agendados
28	Asignación de citas de pediatría, psicología, nutrición, terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje
29	Entregar contra el RIPS al Archivo las Historias clínicas en los horarios Establecidos (en caso de contingencia)

30	Organizar y mantener papelería suficiente correspondiente a los formatos utilizados en el servicio
31	Alistar los equipos necesarios para la consulta,
32	Revisar las fechas de vencimiento de los insumos
33	Realizar Limpieza y desinfección recurrente a diario; de camilla, báscula, Infantometro y cinta métrica entre pacientes y al finalizar la jornada
34	Realización de aseo Terminal según protocolo de limpieza y desinfección del consultorios
35	Realizar aseo terminal de consultorio de canguro y 7 semanalmente. (Los viernes).
36	Realizar inventario de consultorio, insumos y equipos.
37	Realizar informes según solicitud de su jefe directo y/o jefe del Programa correspondientes a las actividades de PyD: Consulta de Canguros a las instancias correspondientes
38	Alimentar diariamente la base de datos de seguimiento canguro, adherencia al Programa Canguro, diario de campo. (FORMATOS DRIVE). El archivo drive de adherencia al Programa Canguro se diligencia a diario en conjunto con terapeutas y psicóloga del Programa; para seguimiento por parte de trabajo social, quien a su vez realiza reporte a EAPB
39	Consignar en Historia Clínica los seguimientos realizados a pacientes inasistentes, perdidos, que cancelan citas o reportan novedades significativas en la historia clínica HCSCAN,
40	Solicitar a diario a funcionario de facturación la creación de un ingreso en ceros a nombre de quien realiza el seguimiento para diligenciamiento respectivo
41	Realizar pedido de insumos y papelería mensual, los días 15 de cada mes, según necesidad del servicio con visto bueno del jefe del servicio
42	Cumplir con los protocolos y guías establecidos por la institución
43	Conocer el lineamiento del Programa canguro emitido por el Ministerio de Salud en el año 2017
44	Orientar e informar a los usuarios del Programa Canguro según corresponda
45	Manejar residuos y material de acuerdo a las normas de Bioseguridad
46	Responder interconsultas según necesidad en caso tal que la jefe presente alguna novedad y no lo pueda realizar.
47	Realizar talleres educativos para entrenamiento en cuidados del bebé canguro en casa
48	Realizar diligenciamiento del formato MI-TV-FT-197, acta canguro o formato de asistencia a capacitación en el formato MI-TV-FT-195
49	Revisar agendas creadas en el sistema de las especialidades de pediatría, psicología, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y oftalmologia (se realiza revisión con las jornadas enviadas por los pediatras del programa para verificación de la creación de la agenda)
50	Asignar citas de dichas especialidades con previa verificación en Adres de afiliación a EAPB en estado activo. (El programa canguro atiende población de Capital Salud subsidiado y contributivo no requieren autorización, Coosalud subsidiado (la autorización la realiza facturación) y Asmet Salud (se solicita con paquete de autorización por fases)
51	Realizar monitoria y seguimiento de las agendas de pediatría, terapias y oftalmologia para su agendamiento completo y en caso de tener espacios en blanco se debe realizar consecución de pacientes y realizar su agendamiento para cumplir el 100% de asignación.
52	Realizar recordatorio telefónico día previo a citas asignadas, en caso de fin de semana el día viernes se realiza seguimiento de agenda del lunes. Este se debe realizar, a las agendas de pediatría, psicología y oftalmologa.
53	Durante la jornada de consulta se debe realizar llamado telefónico de los pacientes que tiene cita asignada para nuevamente confirmar su asistencia, en caso tal que no asistan se asigna con otro paciente que llegue a terapias, piscología y/o consulta con enfermería para minimizar el indicador de inasistencia.
54	Alistar consultorio para atención de pediatría y enfermería con RIPS, elementos de protección personal, formatos del Programa Canguro: Formato control de peso Programa Madre Canguro MI-YV-FT-196 y Formato control de saturación de oxigeno Programa Canguro ambulatorio MI-TV-FT-193.
55	Realizar búsqueda activa de pacientes con cumplimiento de criterios de ingreso al Programa Canguro en los servicios de hospitalización (sala de partos, alojamiento conjunto, unidad de recién nacidos, cuidados intermedios y críticos neonatales).
56	Realizar la búsqueda activa de los niños nacidos del día anterior al terminar la jornada laboral, para verificar si hay pacientes pendientes por vacunar; se debe verificar en los servicios de ginecología y recién nacidos; (se consulta el libro del servicio de Partos, ala A en apoyo con pediatría).
57	Valorar al menor en compañía de la madre, solicitar documento de identificación. Verificar fecha de nacimiento, hora, peso, dosis, intervalo, vía y sitio de administración, mecanismo de acción, efectos adversos, indicaciones, contraindicaciones y pruebas rápidas negativas
58	Realice los registros respectivos en: *Carné: Fecha de administración, nombre del biológico, lote y fecha de la próxima vacuna, nombre de la institución, nombre del vacunador. *Notas de Enfermería: Fecha y hora de la vacuna, nombre del biológico vacunado, entrega del carné y las recomendaciones dadas a la madre. *Aplicativo PAI: Base de datos SDS (crear al usuario).
59	Mantener comunicación con grupo de gestión el riesgo, cohorte de infancia y adolescencia para dar continuidad a RIAS
60	Realizar el registro oportuno en aplicativo PAI y sistemas de Información SIS 150 establecidos por la SDS. (Registros completos, hora, nombres completos, nacido vivo y documento de la madre deben coincidir con historia clínica.)

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° 9492845455	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 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	*ALEXANDER CARDOZO ROMERO* *PS_1199_2025_776552* **ALEXANDER CARDOZO ROMERO** **CC: 80243094**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_1199_2025_776552* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**