

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052977004	ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA		calle 4 b # 20-19	5649142	anacarolinavasquez84@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90621827	\$585.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	221.000	0		0		0	12	1.700	0	222.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	282.900	0	0	0	0	12	2.100	0	285.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	76.900				76.900	12	600	77.500			769	77.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	221.000	222.700
Pensión	1	282.900	285.000
Riesgos Laborales	1	76.900	77.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.800	585.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052977004	ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA		calle 4 b # 20-19	5649142	anacarolinavasquez84@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90621827	\$585.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONSEJO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1052977004	VASQUEZ URRUTIA ANA CAROLINA					57	0		N										X									231001	1.767.629	282.900	0	0	0	0	EPS037	1.767.629	221.000	14-25	1.767.629	4	76.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA			CC:	1052977004
CORREO ELECTRÓNICO:	ANACAROLINAVASQUEZ84@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3203706202
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9A 15 16 SOCIEGO			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91248478085
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5214 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.123.152	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_82C2AE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA CC: 1052977004 CEL: 3203706202					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA

CON C.C N° 1.052.977.004

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5214 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.302.467	No. HORAS EJECUTADAS	209
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.475.396	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.123.152
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y VEINTE Y OCHO (28) DÍAS
---	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ

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)
------	---

Durante el periodo de ejecución contractual, la profesional de enfermería desempeñó las siguientes funciones en el marco del Programa de Hospitalización Domiciliaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.:

Proceso administrativo para la ejecución del PHD:
Se realizó la planeación, organización y control de las actividades asistenciales y administrativas necesarias para la ejecución del Programa de Hospitalización Domiciliaria, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales, la cobertura de pacientes asignados y la adecuada articulación con las demás áreas del servicio.

Solicitud y gestión de insumos médico-quirúrgicos y medicamentos:
Se efectuó la solicitud oportuna de los insumos, dispositivos y medicamentos requeridos para el tratamiento de los pacientes ingresados al PHD, asegurando la disponibilidad y el cumplimiento de los protocolos de administración y almacenamiento establecidos por la Subred.

Coordinación de traslado de medicamentos e insumos:
Se coordinó con el equipo de auxiliares motorizados la entrega y distribución de medicamentos según los planes de tratamiento, garantizando la trazabilidad, seguridad y continuidad del manejo terapéutico de los pacientes en domicilio.

Educación al paciente y cuidador:
Se brindó información completa y comprensible sobre el consentimiento informado, cuidados básicos de la enfermedad, signos de alarma, hábitos saludables, medidas de higiene, administración adecuada de medicamentos y uso correcto de dispositivos médicos para el monitoreo y autocuidado, con el fin de fortalecer la adherencia al tratamiento y la seguridad del paciente.

Seguimiento y monitoreo del plan de manejo:
Se realizó el seguimiento permanente al cumplimiento del plan terapéutico, identificando necesidades clínicas y administrativas, y garantizando la continuidad en la atención integral de los usuarios vinculados al programa.

Visitas domiciliarias:
Se ejecutaron visitas domiciliarias de valoración, seguimiento y control de pacientes activos en el PHD, registrando los hallazgos clínicos y sociales pertinentes en los aplicativos institucionales y en la historia clínica, conforme a los lineamientos técnicos y normativos.

Fortalecimiento de competencias profesionales:
Se participó activamente en los procesos de capacitación, actualización y formación continua virtuales y presenciales orientados al fortalecimiento de las competencias asistenciales y administrativas exigidas por la Subred.

Confidencialidad y manejo de la información:
Se garantizó la reserva, confidencialidad y adecuado uso de la información contenida en los diferentes aplicativos institucionales y documentos relacionados con los pacientes y el servicio.

Cumplimiento de obligaciones institucionales:

Se dio cumplimiento a las funciones asignadas de acuerdo con la demanda asistencial, los tiempos requeridos y las necesidades de los servicios en los centros de salud y hospitales pertenecientes a la Subred Centro Oriente E.S.E.

Presentación y cumplimiento normativo:

Se mantuvo una presentación personal acorde a las normas institucionales, portando los elementos de identificación requeridos y cumpliendo con los procedimientos establecidos en los manuales de la Subred.

Otras actividades asignadas:

Se ejecutaron las demás labores requeridas por el supervisor del contrato, orientadas al cumplimiento del objeto contractual y al fortalecimiento de la atención domiciliaria con enfoque humanizado, seguro y de calidad.

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° 90621827		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		NUEVA EPS	2025/10/14	\$ 221.000
PENSIÓN:		COLFONDOS	2025/10/14	\$ 282.900
RIESGOS LABORALES:		COLMENA	2025/10/14	\$ 76.900
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 580.800

- 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	 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_82C2AE ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA CC: 1052977004
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_5214_2025_82C2AE DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ PS_5214_2025_82C2AE YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO