



SuAporte | Factura

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 03:06:12 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 81781208

Periodo Cotización: octubre de 2025

Periodo Servicio: octubre de 2025

PAGADA 18/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Razón Social | LUZ CAMILA RUIZ OSMA | | |
| Documento | CC1233503601 | Dirección | CL 2A SUR #73 A - 45 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 96969 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| | | Total Afiliados | 1 |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------------|--------------|----------------|-----------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TAE | TAP | TAP | VSP | CCR | VST | SUN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1233503601 | RUIZ OSMA LUZ CAMILA | 57 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | 0 | PORVENIR | \$ 1.423.500 | \$ 227.800 | SALUD TOTAL EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000 | POSITIVA DE SEGUROS | \$ 1.423.500 | \$ 34.700 | NINGUNA CCF | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 440.500 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|-------------|-------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 | \$ 34.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 440.500 | \$ 3.700 | \$ 444.200 |



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LUZ CAMILA RUIZ OSMA | | CC: | 1233503601 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | CAMILACAMILARUIZ0920@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3175291930 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 13 4B 35 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 001900319474 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5849 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.500.008 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/07/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/11/30 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30 | | |



LUZ CAMILA RUIZ OSMA
PS_5849_2025_23A9E8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUZ CAMILA RUIZ OSMA

CC: 1233503601

CEL: 3175291930

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUZ CAMILA RUIZ OSMA

CON C.C N°

1.233.503.601

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024 |
|-----------------------------|---|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5849 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/07/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 5.000.016 | No. HORAS EJECUTADAS | 184 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 11.970.147 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.500.008 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CINCO (5) MESES |
|--|-----------------|

| | |
|--|----------------------|
| 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 | Se asegura que cada individuo reciba la atención adecuada según sus necesidades de salud, desde la promoción hasta la detección y el manejo de riesgos y enfermedades, integrando la atención en diferentes ciclos vitales. |
| 2 | Se realiza creación y apertura de historia clínica a pacientes, según las bases asignadas. |
| 3 | Se realiza seguimiento a los pacientes atendidos en la unidad, así mismo verificando su cumplimiento a las citas asignadas y revisando las causas de sus incumplimientos a las mismas. |
| 4 | Se realiza seguimiento PAI al adulto mayor por medio de sus familiares y así mismo se les indica revisar las vacunas faltantes para que realicen acercamiento a los centros de salud para completar el esquema. |
| 5 | Se realiza verificación y actualización de datos de cada paciente manejado en la base de datos. |
| 6 | Se maneja base de datos correspondiente al mes de julio la cual se encuentra en los últimos pasos de verificación, se dará inicio a base de Noviembre. |
| 7 | Se asiste a comités programados entre ellos talleres de crónicos. |
| 8 | Se realiza desinfección de consultorios al iniciar jornada laboral. |

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 81781208 | OPERADOR: | ENLACE OPERATIVO |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2025/11/18 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/11/18 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/11/18 | \$ 34.700 |

| | | | |
|--|--|--|------------|
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 440.500 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | | | |
| <p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p> | | | |
| 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 | <div style="text-align: center;">  <p><i>LUZ CAMILA RUIZ OSMA</i> <i>PS_5849_2025_23A9E8</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>LUZ CAMILA RUIZ OSMA CC: 1233503601</p> </div> | | |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div style="text-align: center;">  <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5849_2025_23A9E8</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> </div> | | |