aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51961782		DIAZ ROZO NIDIA CONSUELO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 9A# 4-87 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6946432	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,483,900	$237,500			$1,483,900	$185,500			$0	$0			$1,483,900		$36,200		$0	$0		$459,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,483,900	$237,500			$1,483,900	$185,500			$0	$0			$1,483,900		$36,200		$0	$0		$459,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,483,900	$237,500			$1,483,900	$185,500			$0	$0			$1,483,900		$36,200		$0	$0		$459,200
1	CC	51961782	DIAZ NIDIA																	25-14	30	$1,483,900	$237,500	EPS017	30	$1,483,900	$185,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,483,900	2.436%	$36,200	0	$0	$0	No	$459,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,483,900	$237,500			$1,483,900	$185,500			$0	$0			$1,483,900		$36,200		$0	$0		$459,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1924634843	9494141143	I	2025/11/24	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$459,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$237,500	$0	$0	$237,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,200	$0	$0	$36,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,200	$0	$0	$36,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,500	$0	$0	$185,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$185,500	$0	$0	$185,500
TOTAL				**1**	**$459,200**	**$0**	**$0**	**$459,200**

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.81.59.1
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9494141143
Valor:	459,200
Período de pago:	2025-10
No Transacción (CUS):	1924634843
Fecha:	2025/11/13
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9494141143
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO**			**CC:**	**51961782**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DULCENIDIA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3016784795**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 9A 4 87 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074111238**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1431 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.822.144**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO
PS_1431_2025_42905A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO
CC: 51961782
CEL: 3016784795

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			
NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO			
CON C.C N°	**51.961.782**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1431 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.031.846	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.822.144
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	. REALIZAR LA ORIENTACION, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACLARACIONES ACERCA DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA RECIBIR ATENCION EN SALUD.
2	. REALIZAR EL INGRESO Y ACTUALIZACION PERMANENTE EN BASE DE DATOS INTERNA DE PACIENTES EN ABANDONO SOCIAL, POBLACION EXTRANJERA, HABITANTE DE CALLE, PACIENTES PROGRAMADOS MADRE CANGURO, Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO QUE SE LLEVEN A CABO, MEDIANTE LA GESTION REALIZADA DESDE EL AREA DE TRABAJO SOCIAL.
3	. REALIZAR CENSO DIARIO EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS E IDENTIFICAR PACIENTES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD Y/O CON RIESGO SOCIAL Y EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL PARA REALIZAR ENTREVISTA SOCIAL VERIFICANDO REDES DE APOYO FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y/O SOCIALES DATOS DE CONTACTO (TELEFONICOS Y DE DOMICILIO), ASEGURAMIENTO, DESCRIBIENDO LA SITUACION ENCONTRADA DURANTE LA INTERVENCION, CON NOTIFICACION A ENTES COMPETENTES. REALIZAR SEGUIMIENTO, EVOLUCION Y UBICACION DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL EN LAS USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E REALIZANDO CONTACTO CON SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL Y/O ENTIDADES QUE RECIBAN ESTA POBLACION. REALIZAR REGISTRO DE LA GESTION EN LA HISTORIA CLINICA CON LOS DEBIDOS SOPORTES
4	. REALIZAR LA COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL, SOLICITUD Y TRASLADO EN VEHICULO INSTITUCIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS REQUERIDA ARTICULANDO ACCIONES CON LOS ENTES COMPETENTES TALES COMO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), COMISARIAS, REGISTRADORAS, POLICIA NACIONAL Y/O DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
5	REALIZAR LA SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA USUARIOS Y PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN MEDIANTE DIAGNOSTICO Y AUTORIZACION MEDICA
6	. REALIZAR LOS TRAMITES RESPECTIVOS PARA HABITANTE DE CALLE SIN CERTIFICAR, PACIENTES INDOCUMENTADOS, PACIENTES EXTRANJEROS SEGUN CADA CASO, DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIVIM, DE IGUAL MODO LA GESTION DE IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN LAS DIFERENTES USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
7	REALIZAR EL INGRESO EN EL APLICATIVO CUENTANOS BOGOTA DE ORIENTACIONES GRUPALES Y DE BARRERAS DE ACCESO Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.
8	HACER SEGUIMIENTO A GESTANTES CON DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS POR AFILIACION EN OTROS MUNICIPIOS, REALIZANDO LA ORIENTACION RESPECTIVA.
9	REALIZAR LA CONSULTA SOCIAL DE LOS PACIENTES REMITIDOS POR EL AREA MEDICA DE LA SUBRED.
10	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
11	REALIZAR BUSQUEDA DE DATOS DE CONTACTO Y UBICACION EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS DIFERENTES NOTAS QUE INTERVIENEN AL PACIENTE
12	ASISTIR A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

13	APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
14	GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
15	CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
16	PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y MANTENER UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
17	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.

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° 9494141143	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/13	$ 185.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/13	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 459.200

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	*NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO* *PS_1431_2025_42905A* **NIDIA CONSUELO DIAZ ROZO** **CC: 51961782**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1431_2025_42905A* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1431_2025_42905A* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**