

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1052977004	ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA		calle 4 b # 20-19	5649142	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91444616	\$544.800

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	206.200	0		0		0	8	1.100	0	207.300	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	263.900	0	0	0	0	8	1.400	0	265.300	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	71.800				71.800	8	400	72.200			718	72.200	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	206.200	207.300
Pensión	1	263.900	265.300
Riesgos Laborales	1	71.800	72.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.900	544.800

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
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91444616	\$544.800

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	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1.649.260	263.900	0	0		0	0	EPS037	1.649.260	206.200	14-25	1.649.260	4	71.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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		\$ 4.419.072	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_4113BD 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	224
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$33.407.395	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.419.072
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
------------------------	--------------------------------

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 contratado, la profesional de enfermería cumplió de manera satisfactoria con las actividades asignadas en el marco del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), ejecutando las siguientes funciones:

Proceso administrativo del PHD:
Realizó de manera oportuna y eficiente los procesos administrativos necesarios para garantizar la adecuada ejecución del Programa de Hospitalización Domiciliaria, incluyendo revisión de soportes clínicos, validación de criterios de ingreso, actualización de reportes internos y articulación con los equipos asistenciales.

Solicitud de insumos y medicamentos:
Gestionó la solicitud de insumos médico-quirúrgicos y medicamentos requeridos para los pacientes ingresados al PHD, asegurando la disponibilidad y continuidad del tratamiento según las órdenes médicas.

Coordinación del traslado de medicamentos:
Coordinó con el equipo de auxiliares motorizados el despacho y entrega de medicamentos e insumos contemplados en el plan de tratamiento individual de cada paciente, garantizando la trazabilidad del proceso y la oportunidad en la entrega.

Educación e información al paciente y cuidadores:
Brindó información clara y completa sobre el consentimiento informado, orientó al paciente y sus cuidadores sobre la enfermedad, signos de alarma, cuándo acudir a urgencias, medidas de higiene, alimentación, administración adecuada de medicamentos, uso de dispositivos médicos y promoción del autocuidado y hábitos saludables.

Seguimiento del plan de manejo:
Ejecutó seguimiento clínico y administrativo para verificar el cumplimiento del plan de manejo prescrito a cada paciente, documentando hallazgos, intervenciones y necesidades detectadas para garantizar la continuidad del proceso asistencial.

Visitas domiciliarias:
Realizó visitas domiciliarias de acuerdo con las indicaciones del programa, valorando la condición clínica del paciente, la adherencia terapéutica, el entorno familiar y la disponibilidad de insumos, dejando registro completo en los aplicativos institucionales.

Capacitaciones y fortalecimiento de competencias:
Participó activamente en los cursos, capacitaciones virtuales y presenciales ofrecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., fortaleciendo las competencias técnicas y administrativas requeridas para el cargo.

Confidencialidad de la información:
Garantizó en todo momento la reserva y confidencialidad de la información registrada en los diferentes aplicativos institucionales, cumpliendo con los lineamientos de protección de datos establecidos por la Subred.

Cumplimiento según demanda del servicio:

1	Desarrolló las actividades requeridas según la demanda asistencial en los diferentes centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente E.S.E., ajustándose a los tiempos y necesidades del servicio. Presentación personal y portación de elementos institucionales: Portó de manera visible los elementos institucionales exigidos, manteniendo una presentación personal adecuada, conforme a los manuales y procedimientos institucionales. Otras obligaciones asignadas: Atendió oportunamente las demás actividades y requerimientos asignados por el supervisor del contrato, en concordancia con el objeto contractual y las necesidades del servicio en las diferentes unidades operativas 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° 91444616	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/13	\$ 206.200	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/13	\$ 263.900	
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/11/13	\$ 71.800	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 541.900	

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_4113BD ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA CC: 1052977004
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_5214_2025_4113BD DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

PS_5214_2025_4113BD

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO