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 1023979892		HERNANDEZ MEDINA QUENDRA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 3 a bis s 45 80 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214749972	No

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	1925533579	9494697245	I	2025/11/25	2025/11/13	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$682,400

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)					$2,205,576	$352,900			$2,205,576	$275,700			$0	$0			$2,205,576	$53,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,205,576	$352,900			$2,205,576	$275,700			$0	$0			$2,205,576	$53,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,205,576	$352,900			$2,205,576	$275,700			$0	$0			$2,205,576	$53,800		$0	$0
1	CC 1023979892	HERNANDEZ QUENDRA	230201	30	$2,205,576	$352,900	EPS005	30	$2,205,576	$275,700		0	$0	$0	14-7	30	$2,205,576	$53,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,205,576	$352,900			$2,205,576	$275,700			$0	$0			$2,205,576	$53,800		$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 1023979892		HERNANDEZ MEDINA QUENDRA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 3 a bis s 45 80 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214749972	No

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	1925533579	9494697245	I	2025/11/25	2025/11/13	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$682,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,900	$0	$0	$352,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$352,900	$0	$0	$352,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,800	$0	$0	$53,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$53,800	$0	$0	$53,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,700	$0	$0	$275,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$275,700	$0	$0	$275,700
TOTAL				1	$682,400	$0	$0	$682,400

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (29).pdf	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (29).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (48).pdf	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (48).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (7).pdf	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (7).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (1).pdf	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (5).pdf	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (5).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2351 2025 CRP-4717.pdf	1 PS 2351 2025 CRP-4717.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2351 2025 CRP-13624.pdf	2 PS 2351 2025 CRP-13624.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (31).pdf	PS 2351 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (31).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2351 2025 CRP-17907.pdf	3 PS 2351 2025 CRP-17907.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PLANILLA Y CERTIFICACION SEPTIEMBRE.pdf	PLANILLA Y CERTIFICACION SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PLANILLA Y CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE.pdf	PLANILLA Y CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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:	**QUENDRA PAOLA HERNANDEZ MEDINA**			**CC:**	**1023979892**
CORREO ELECTRÓNICO:	**medinapaola603@yahoo.com.co**			**TELÉFONO:**	**3214749972**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 3A BIS ESTE N° 45C - 80 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4672021034**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2351 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.023.812**
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**				

QUENDRA PAOLA HERNANDEZ MEDINA
PS_2351_2025_9EE523

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
QUENDRA PAOLA HERNANDEZ MEDINA
CC: 1023979892
CEL: 3214749972

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			
QUENDRA PAOLA HERNANDEZ MEDINA			
	CON C.C N°	**1.023.979.892**	
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 2351 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.971.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**246**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.649.272	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.023.812
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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	1.Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad
2	2.Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas
3	3.Se verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten
4	4.Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento
5	5.Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería
6	6.Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente
7	7.Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio
8	8.Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite
9	9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso
10	10.Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio
11	11.Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio
12	12.Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama
13	13.Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo
14	14.Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred
15	15.Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas
16	16.Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado
17	17.Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales
18	18.Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro
19	19.Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería
20	20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas
21	21.Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería
22	22.Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios
23	23.Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

24	24.cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite
25	25.Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita
26	26. Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE
27	27.cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales
28	28.se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera
29	29.Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.

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° 9494697245	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	$ 275.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/13	$ 352.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	$ 53.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 682.400

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	*QUENDRA PAOLA HERNANDEZ MEDINA* *PS_2351_2025_9EE523* **QUENDRA PAOLA HERNANDEZ MEDINA** **CC: 1023979892**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_2351_2025_9EE523* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2351_2025_9EE523* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**