PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-10, 02:07:37 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1077237237

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823521031

PAGADO 10/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO	Dirección	DIAG 84 # 88 51 INT 5
Documento	CC39544361	Teléfono	3112813533
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	POSITIVA DE SEGUROS
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIP	Días IBC	Días Cot	Días Ret	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	
CC 39544361	CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO	59	04																30	30	0	EPS002 - SALUD TOTAL EPS	$ 1.473.500	$ 176.800														

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.473.500	$ 1.473.500	$ 0	$ 0	$ 176.800	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212.700	$ 0	$ 212.700

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 071 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que es realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scanned with CamScanner™

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 CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-014 VERSION: 7 FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO			CC:	39544361
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUDIARICO67@HOTMAIL.COM			TELEFONO:	3112813533
~~DIRECCION DOMICILIO:~~	~~DG 83A 87A 77~~			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	452970033927
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3070 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			$ 3.484.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				

CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO
PS 3070 2025 CDF342

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO
CC: 39544361
CEL: 3112813533

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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO					
CON C.C N°				39.544.361	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3070 2025	FECHA INICIO CONTRATO		2025-01-01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	16.487.680	No. HORAS EJECUTADAS		186

Scanned with CamScanner

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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-HA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025 06 09

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

CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO

CON C C Nº 39.544.361

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 3070 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.687.650	**No. HORAS EJECUTADAS**		**186**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.959.136		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$	3.484.896
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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-REALICE 220 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA REALIZADAS EN UNIDAD NEONATAL , HOSPITALIZACION
2	2- REALICE RESPUESTA A INTERCONSULTASDS (1) BRINDAR ATENCION PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES , CUMPLI CON LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE ATENCION PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCION SEA PERTINENTE Y EFECTIVA , DOCUMNETE EN LA HISTOIAS CLINICA TODAS LAS SESIONES DE TERAPIA 220 SESIONES , 24 GASES ARTERIOVENOSOS DE LA ATENCION BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCION
3	3-CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUB RED CENTRO ORIENTE , INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINIDTRATIVOS ,TECTICO , CIENTIFICO , Y DICIPLINARIOS , CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SUB REDCENTRO ORIENTE , ADEMAS CONOZCO Y CUMPLO LA VISION , Y MISION DE LA SUB RED CENTRO ORIENTE
4	7-CUMPLI CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTE
5	19-ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION , INDUCCION, REUNIONES, COMITES, Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
6	23- CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD , LAVADO DE MANOS , USO DE ELEMTOS DE PROTECCION PERSONAL CON CADA PACIENTE , PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS VENTILADORES EN CADA TURNO CUMPLICON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS ,USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL L ENTRE PACIENTE Y PACIENTE , PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS VENTILADORES EQUIPO DE OXIDO NITRICO

III. VERIFICACIÓN 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 autorizo que los impuestos que debe cancelar para la legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaracion del informe de ejecucion 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 articulo 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:	Nº 107633787	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/09	$ 175.000
PENSION:	COLFONDOS	2025/10/09	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/09	$ 37.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 212.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 concepto al señalado contrato

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato).

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO* *PS_3070_2025_CDE3A2* **CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO** **CC: 39544361**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_3070_2025_CDE3A2* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Scanned with CamScanner