

PAGADA 19/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VERONICA LUZ REALES OROZCO		
Documento	CC1042417189	Dirección	cra 35 # 26 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3209535370
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias CCF	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 Ministerio	Total		
CC 1042417189	VERONICA LUZ REALES OROZCO	59	0									A	X								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$2,400,000	\$384,000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$2,400,000	\$300,000	2.436	\$2,400,000	\$58,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$742,500
CC 1042417189	VERONICA LUZ REALES OROZCO	59	0									C	X								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$2,504,371	\$400,700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$2,504,371	\$313,100	2.436	\$2,504,371	\$61,100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$774,900

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, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$104,371	\$104,371	\$104,371	\$0	\$16,700	\$13,100	\$2,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$32,400	\$0	\$32,400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

Página 1 de 1

¡El Poder
de lo SIMPLE!

PAGADA 16/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VERONICA LUZ REALES OROZCO		
Documento	CC1042417189	Dirección	cra 35 # 26 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3209535370
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias CCF	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 Ministerio	Total		
CC 1042417189	VERONICA LUZ REALES OROZCO	59	0										X								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$2,400,000	\$384,000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$2,400,000	\$300,000	2.436	\$2,400,000	\$58,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$742,500

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, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$2,400,000	\$2,400,000	\$2,400,000	\$0	\$384,000	\$300,000	\$58,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$742,500	\$0	\$742,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder
de lo SIMPLE!

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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 7767 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7767 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 7767 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	PS 7767 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VERONICA LUZ REALES OROZCO			CC:	1042417189
CORREO ELECTRÓNICO:	VERONICAREALES3019@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3114641497
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 45 BIS SUR 13 15			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	70846287904
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7767 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.869.620	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 VERONICA LUZ REALES OROZCO PS_7767_2025_53412E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VERONICA LUZ REALES OROZCO CC: 1042417189 CEL: 3114641497					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
VERONICA LUZ REALES OROZCO

CON C.C N°1.042.417.189

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7767 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/20

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$2.400.022No. HORAS EJECUTADAS180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$18.261.040VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$5.869.620

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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)

- 1REALICE UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR, IDENTIFICANDO RIESGOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACIDADES O NECESIDADES ESPECIALES.
- 2DISEÑE EL PLAN DE CUIDADO CON LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA INTEGRANTE, BASADAS EN SUS NECESIDADES PARTICULARES (EJ. CONTROL DE ENFERMEDADES, EDUCACIÓN EN SALUD, AUTOCUIDADO, ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, HÁBITOS SALUDABLES).
- 3REGISTRE LAS ACCIONES Y ACUERDOS, ESTABLECIENDO FECHAS PARA PRÓXIMAS VISITAS O CONTROLES, Y SE HACE SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE CADA INTEGRANTE.
- 4IDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, OBSERVANDO EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y COGNITIVO SEGÚN LA EDAD. COMPARÁNDOLO CON LOS HITOS ESPERADOS PARA DETECTAR RETRASOS O ALTERACIONES. REGISTRAR Y COMUNICAR HALLAZGOS RELEVANTES
- 5IDENTIFIQUE OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO, EVALUANDO CONDICIONES DEL ENTORNO, HÁBITOS, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTADO DE SALUD. DETECTANDO RIESGOS BIOLÓGICOS, SOCIALES O AMBIENTALES. BRINDANDO RECOMENDACIONES O DERIVANDO AL SERVICIO CORRESPONDIENTE PARA SU ATENCIÓN OPORTUNA
- 6REALICE ORIENTACIÓN, EDUCACIÓN Y REFUERZO POSITIVO. MOTIVANDO LA PRÁCTICA CONSTANTE DE HÁBITOS SALUDABLES Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN SU AUTOCUIDADO Y BIENESTAR FAMILIAR.
- 7VALORE EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL HOGAR (SIGNOS, SÍNTOMAS, ENFERMEDADES, FACTORES DE RIESGO). ANALIZANDO EL CONTEXTO FAMILIAR (ACCESO A SERVICIOS, APOYO SOCIAL, CONDICIONES DEL ENTORNO). CLASIFICANDO LA PRIORIDAD DEL HOGAR COMO ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LA GRAVEDAD Y URGENCIA DE LAS NECESIDADES. REGISTRANDO LA PRIORIDAD PARA PLANEAR EL SEGUIMIENTO Y LAS INTERVENCIONES NECESARIAS.
- 8CERIFIQUE LAS ATENCIONES POR CURSO DE VIDA, REVISANDO SI CADA USUARIO VALORADO HA RECIBIDO LAS ATENCIONES QUE LE CORRESPONDEN SEGÚN SU EDAD, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.
- 9REALICE DETECCIÓN TEMPRANA, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD, IDENTIFIQUE DE MANERA OPORTUNA CUALQUIER ALTERACIÓN O FACTOR DE RIESGO EN LOS USUARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y FORMULE PLANES DE CUIDADO E INTERVENCIONES SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS. BRINDANDO EDUCACIÓN EN SALUD PERSONALIZADA PARA PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES Y MANEJO ADECUADO DE CONDICIONES.
- 10PARTICIPE ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS DE SALUD PROGRAMADOS PARA ESTE MES. PRESENTE LOS REPORTES RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS. VERIFIQUE QUE LAS DECISIONES Y ACUERDOS DEL COMITÉ SE IMPLEMENTEN CORRECTAMENTE Y COMUNIQUE LAS RETROALIMENTACIONES CORRESPONDIENTES AL EQUIPO DE TRABAJO
- 11ENTREGUE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS
-HISTORIA CLÍNICA EN EL FORMATO LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO.
-CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE ESTE PERIODO.
-REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK DE FACTURACION
-PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACION VALORADA.

12	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.		
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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1078140754	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/19	\$ 313.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/19	\$ 400.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/19	\$ 61.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 774.900
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 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	VERONICA LUZ REALES OROZCO PS_7767_2025_53412E VERONICA LUZ REALES OROZCO CC: 1042417189		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_7767_2025_53412E LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		