

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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91871680	\$583.900
TOTAL A PAGAR					

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	221.000	0		0		0	8	1.200	0	222.200	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	282.900	0	0	0	0	8	1.500	0	284.400	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	76.900				76.900	8	400	77.300			769	77.300	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	221.000	222.200
Pensión	1	282.900	284.400
Riesgos Laborales	1	76.900	77.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.800	583.900

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
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91871680	\$583.900

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	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1.767.628	282.900	0	0	0	0	EPS037	1.767.628	221.000	14-25	1.767.628	4	76.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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		\$ 3.787.776	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_F0BA8D 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	192
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$42.107.442	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.787.776
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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 mes de diciembre de 2025, se dio cumplimiento a las actividades establecidas en el contrato de prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe del Programa de Hospitalización Domiciliaria, desarrollando las siguientes acciones:

Gestión administrativa del programa:
Se realizó el proceso administrativo necesario para la correcta ejecución del Programa de Hospitalización Domiciliaria, garantizando la organización, continuidad y calidad de la atención brindada a los pacientes en el entorno domiciliario.

Gestión de insumos y medicamentos:
Se efectuó la solicitud oportuna de insumos médico-quirúrgicos y medicamentos requeridos para los pacientes que ingresaron al PHD, asegurando la disponibilidad de los recursos necesarios para el cumplimiento del plan terapéutico.

Coordinación de traslados de medicamentos:
Se coordinó el traslado de los medicamentos correspondientes al plan de tratamiento con los auxiliares motorizados, garantizando la entrega segura y oportuna en los domicilios de los pacientes.

Educación al paciente y cuidadores:
Se brindó información clara y oportuna a pacientes y cuidadores sobre el consentimiento informado, aspectos básicos de la enfermedad, signos de alarma, cuándo consultar a los servicios de urgencias, alimentación, higiene, administración segura de medicamentos (cuando aplicó), uso adecuado de dispositivos médicos para monitoreo, así como la promoción de hábitos saludables y autocuidado.

Seguimiento y monitoreo del plan de manejo:
Se realizó seguimiento continuo al cumplimiento del plan de manejo establecido, evaluando la evolución clínica del paciente y reportando oportunamente cualquier novedad al equipo interdisciplinario.

Visitas domiciliarias:
Se efectuaron visitas domiciliarias a los pacientes vinculados al Programa de Hospitalización Domiciliaria, con el fin de realizar valoración de enfermería, seguimiento clínico, educación y fortalecimiento del cuidado en casa.

Capacitación y fortalecimiento de competencias:
Se participó activamente en los procesos de capacitación y actualización profesional, tanto virtuales como presenciales, dispuestos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad del servicio.

Confidencialidad de la información:
Se garantizó la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de la información de los pacientes y de los diferentes aplicativos institucionales, conforme a la normativa vigente y políticas internas.

Cumplimiento institucional y apoyo al servicio:
Se cumplió con las obligaciones de acuerdo con la demanda del servicio y los tiempos requeridos en los centros de salud y hospitales que

1	conforman la Subred, manteniendo una adecuada presentación personal y portando visiblemente los elementos institucionales, en concordancia con los manuales y procedimientos establecidos.		
	Actividades adicionales: Se desarrollaron las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato, orientadas al fortalecimiento y adecuado funcionamiento del Programa de Hospitalización Domiciliaria 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91871680	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/10	\$ 221.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/10	\$ 282.900
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/12/10	\$ 76.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 580.800
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_F0BA8D ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA CC: 1052977004	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_5214_2025_F0BA8D 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_F0BA8D

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO