

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
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92714833	\$497.900

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	189.400	0		0		0	0	0	0	189.400	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	242.500	0	0	0	0	0	0		242.500	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	66.000				66.000	0	0	66.000			660	66.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	189.400	189.400
Pensión	1	242.500	242.500
Riesgos Laborales	1	66.000	66.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	497.900	497.900

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
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92714833	10
					TOTAL A PAGAR
					\$497.900

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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																		EPS037	1.515.110	189.400	14-25	1.515.110	4	66.000		0	0	0	0	0	0	0		

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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		\$ 3.965.328	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_4DFBA3 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	201
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 46.072.770	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.965.328
--	---------------	---	--------------

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)
------	---

1

Durante el mes de enero se dio cumplimiento oportuno y satisfactorio a las actividades asignadas en el marco del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., desarrollando funciones de carácter administrativo, asistencial y de coordinación, de la siguiente manera:

Se realizó el proceso administrativo necesario para la adecuada ejecución del Programa de Hospitalización Domiciliaria, garantizando la planeación, organización y control de las actividades asistenciales, en concordancia con los lineamientos institucionales y contractuales.

Se efectuó la solicitud oportuna de insumos médico-quirúrgicos y medicamentos requeridos para los pacientes que ingresaron al programa, asegurando la disponibilidad de los recursos necesarios para la continuidad y seguridad del tratamiento.

Se coordinó el traslado y distribución de los medicamentos correspondientes al plan de tratamiento, articulando el proceso con los auxiliares de enfermería motorizados, garantizando entregas oportunas y seguras en los domicilios de los pacientes.

Se brindó información clara y completa a los pacientes y cuidadores respecto al consentimiento informado, educación sobre la enfermedad, signos de alarma, momentos oportunos para consultar a los servicios de urgencias, así como orientación en alimentación, higiene, administración adecuada de medicamentos (cuando aplicó), uso de dispositivos médicos para monitoreo y promoción de hábitos saludables y autocuidado.

Se realizó seguimiento y monitoreo permanente al cumplimiento del plan de manejo, evaluando la evolución clínica del paciente, la adherencia al tratamiento y la correcta ejecución de las intervenciones ordenadas.

Se llevaron a cabo visitas domiciliarias a los pacientes activos en el Programa de Hospitalización Domiciliaria, con el fin de valorar condiciones clínicas, verificar la calidad de la atención brindada y fortalecer la educación al paciente y su familia.

Se participó activamente en los procesos de fortalecimiento de competencias, mediante la asistencia a cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Se garantizó en todo momento la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de la información, haciendo uso responsable de los aplicativos institucionales y protegiendo los datos de los pacientes conforme a la normatividad vigente.

Se dio cumplimiento a las obligaciones asistenciales de acuerdo con la demanda del servicio, respondiendo oportunamente a los tiempos y necesidades de los centros de salud y hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Se portaron de manera visible los elementos institucionales, manteniendo una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales, procedimientos y lineamientos establecidos por la oficina y la Subred.

Se ejecutaron de manera responsable las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato, conforme a las necesidades del servicio y al objeto contractual 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92714833	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/30	\$ 189.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/30	\$ 242.500
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/12/30	\$ 66.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 497.900

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	 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA PS_5214_2025_4DFBA3 ANA CAROLINA VASQUEZ URRUTIA CC: 1052977004
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_5214_2025_4DFBA3 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_4DFBA3 MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA SUPERVISOR DEL CONTRATO