Total	Afiliados(1)		$1,750,905	$280,200		$1,750,905	$218,900	$0	$0	$0	$1

4:39 43%

2026/02/11 11:17 AM

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 51966129		FLOREZ MALAVER LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CG 49 155A 24	BOGOTA-BOGOTA D.C	8002459	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000434	9498385300	I	2026/03/09	2026/02/11	BANCO DE BOGOTA	0	$541.80

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,20
				1	$280,200	$0	$0	$280,20
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$0	$0	$42,70
				1	$42,700	$0	$0	$42,70
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,90
				1	$218,900	$0	$0	$218,90
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,80

2026/02/11 11:17 AM

Powered by WPS Office

Powered by CamScanner

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497799412	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/13	$ 280.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.500

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	*LUZ STELLA FLOREZ MALAVER* *PS_2275_2026_CB8333* **LUZ STELLA FLOREZ MALAVER** **CC: 51966129**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON* *PS_2275_2026_CB8333* **NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2275_2026_CB8333* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

All PDF Reader

Powered by 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 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

LUZ STELLA FLOREZ MALAVER

CON C.C N° **51.966.129**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2275 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.114.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.205.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
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.RECIBIR Y ENTREGAR TURNO INFORMANDO PENDIENTES Y NOVEDADES DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS ASIGNADOS, TRAMITES EN GESTION, ASI MISMO ENTREGANDO INVENTARIO DE ELEMENTOS ASIGNADOS. 2. TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA, CONDICIONES DE SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE (BARANDAS ARRIBA, OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO, Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD) 3. TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA Y CON LAS CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD Y CONSERVACION ADECUADAS. 4. TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC.). 5. TRASLADAR LOS EQUIPOS MENORES, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS. 6. TRASLADAR INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS DESDE FARMACIA AL SERVICIO DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO. 7. RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD. 8. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS, DE ACUERDO AL MANUAL. 9. ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA RELACION LABORAL CON COMPAÑEROS. 10. CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA. 11. ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, CONFORME A SUS ACTIVIDADES. 13. INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES. 15. TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN CONSERVANDO EL CUIDADO E INTEGRIDAD DEL PACIENTE. 16. REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS, EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA. 19. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. 20. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE CODIGO ROJO, CODIGO AZUL, RUTAS DE ATENCION Y DEMAS ATENCIONES DONDE SE REQUIERA. 21. CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES DE ACUERDO A SU PERFIL. 22. EJERCER LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 23. PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Y USAR EL UNIFORME ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.24. CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA OPORTUNA HOJA DE RUTA. 25 DAR CUMPLIMENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS DE PREVENCION DE INFECCIONES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. 26 CUMPLIR CON PROTOCOLOS INSTITUCIONES DONDE SE INCLUYE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, TRASLADO DE PACIENTE, SUJECION TERAPEUTICA. 27. ATENDER LLAMADO

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	

All PDF Reader

Powered by 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 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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUZ STELLA FLOREZ MALAVER**			**CC:**	**51966129**
CORREO ELECTRÓNICO:	**STELINPINGUIN@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3133071606**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 49 SUR 15A 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102577228**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2275 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.205.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

LUZ STELLA FLOREZ MALAVER
PS_2275_2026_CB8333

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ STELLA FLOREZ MALAVER
CC: 51966129
CEL: 3133071606

All PDF Reader
Powered by CamScanner