

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52900352		CARRILLO CHAPARRO ANGELA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12 a # 71c-71 apto 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	395108252		9506271293	I	2026/06/12	2026/06/16	BANCOLOMBIA	\$489,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,575,815	\$252,200			\$1,575,815	\$197,000			\$0	\$0			\$1,575,815	\$38,400		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,575,815	\$252,200			\$1,575,815	\$197,000			\$0	\$0			\$1,575,815	\$38,400		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,575,815	\$252,200			\$1,575,815	\$197,000			\$0	\$0			\$1,575,815	\$38,400		\$0	\$0		
1	CC	52900352	CARRILLO ANGELA	230201	27	\$1,575,815	\$252,200	EPS008	27	\$1,575,815	\$197,000	0		\$0	\$0	14-11	27	\$1,575,815	\$38,400	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,575,815	\$252,200			\$1,575,815	\$197,000			\$0	\$0			\$1,575,815	\$38,400		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52900352		CARRILLO CHAPARRO ANGELA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12 a # 71c-71 apto 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	395108252		9506271293	I	2026/06/12	2026/06/16	BANCOLOMBIA	\$489,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$252,200	\$800	\$0	\$253,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$252,200	\$800	\$0	\$253,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$38,400	\$200	\$0	\$38,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$38,400	\$200	\$0	\$38,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$197,000	\$600	\$0	\$197,600	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$197,000	\$600	\$0	\$197,600	
TOTAL				1	\$487,600	\$1,600	\$0	\$489,200	

[Buscar](#)
[\(Búsqueda avanzada\)](#)

[Cambiar el estilo de paginación](#)

Ver mas

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA SOFIA CARRILLO CHAPARRO			CC:	52900352
CORREO ELECTRÓNICO:	SALEGNA89@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3172735796
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12A 71C 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	80600002130
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3950 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.255.442	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/04 AL 2026/05/31				
 ANGELA SOFIA CARRILLO CHAPARRO PS_3950_2026_BF09DA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA SOFIA CARRILLO CHAPARRO CC: 52900352 CEL: 3172735796					

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

ANGELA SOFIA CARRILLO CHAPARRO

CON C.C N°

52.900.352

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 DE ABRIL 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3950 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.333.341	No. HORAS EJECUTADAS	166
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.833.349	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.255.442
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
---	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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. REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	.2.PARTICIPAR DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, PAI WEB 2.0 Y LOS DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUBRED
3	3.REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y FAMILIAS ASIGNADAS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA POR FAMILIAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL, CONFORME AL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL ENFOQUE DE APS
4	4.EJECUTAR LOS TAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACIÓN DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS.
5	5.REALIZAR LA TOMA, ROTULACIÓN, CONSERVACIÓN Y REGISTRO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA LABORATORIO CLÍNICO (SANGRE, ORINA U OTRAS QUE CORRESPONDAN), DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y LINEAMIENTOS VIGENTES DEL SISTEMA DE SALUD. ESTA ACTIVIDAD INCLUYE LA VERIFICACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO, PREPARACIÓN DEL PACIENTE, DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS O APLICATIVOS INSTITUCIONALES, ADECUADA CADENA DE CUSTODIA DE LAS MUESTRAS Y ENTREGA OPORTUNA AL LABORATORIO O PUNTO DE PROCESAMIENTO DEFINIDO, GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL PROCEDIMIENTO Y EL REGISTRO COMPLETO DE LA INFORMACIÓN DERIVADA DE LA ATENCIÓN.
6	6.REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACIÓN O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGÚN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD EN COHERENCIA CON EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO, CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
7	7.VERIFICAR LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONFORME AL ESQUEMA DE INTERVENCIONES Y ATENCIONES INDIVIDUALES ESTABLECIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
8	8.PROGRAMAR, REALIZAR Y REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN DE SALUD Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES
	9.EN CASO DE IDENTIFICAR INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA GARANTIZANDO

9	LA PRESENCIA DEL USUARIO Y LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
10	10.CONSULTAR EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 Y, EN CASO DE IDENTIFICAR ESQUEMAS INCOMPLETOS O INCONSISTENCIAS, INFORMAR AL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN EL MISMO DÍA EN QUE SE REALICE LA IDENTIFICACIÓN, A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M. DE ESE MISMO DÍA.
11	11.IDENTIFICAR A LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR LA INFORMACIÓN AL EQUIPO CORRESPONDIENTE PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL, EL MISMO DÍA EN QUE SE REALICE LA IDENTIFICACIÓN, A MÁS TARDAR HASTA LAS 11:59 P. M. DE ESE MISMO DÍA.
12	12.REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA PROGRAMADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.
13	13.GARANTIZAR LA APERTURA, DILIGENCIAMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y CIERRE DE LOS APLICATIVOS Y FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS REQUERIDOS, ASEGURANDO CALIDAD, VERACIDAD, COMPLETITUD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN, Y REALIZANDO EL REGISTRO A MÁS TARDAR AL FINALIZAR EL DÍA DE LA ATENCIÓN (HASTA LAS 11:59 P. M. DEL MISMO DÍA DE LA CONSULTA O VALORACIÓN). EL INCUMPLIMIENTO DEL CARGUE OPORTUNO Y CON CALIDAD DEL DATO SERÁ OBJETO DE AUDITORÍA Y CONDICIONARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
14	14.IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
15	15.VERIFICAR QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LA APS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.
16	16.EJECUTAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NECESIDAD DEL SERVICIO
17	17.REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, ASÍ COMO DE LOS EVENTOS DE VIOLENCIA, IDEACIÓN O INTENTO DE SUICIDIO, A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA CORRESPONDIENTES (SIVIGILA, SIVIM O SISVECOS), SEGÚN APLIQUE, GARANTIZANDO SU REGISTRO A MÁS TARDAR AL FINALIZAR EL DÍA EN QUE SE REALICE LA ATENCIÓN, ES DECIR, HASTA LAS 11:59 P. M. DEL MISMO DÍA DE LA CONSULTA O VALORACIÓN
18	18.EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, ASISTIR AL USUARIO Y/O ACTIVAR LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS 123, ARTICULARSE CON EL CRUE PARA LA REMISIÓN A LA IPS CORRESPONDIENTE, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA Y REGISTRAR LA EVOLUCIÓN HORA A HORA CONFORME A LAS INDICACIONES RECIBIDAS.
19	19.ASISTIR DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A COMITÉS SEMANALES O MENSUALES, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO CONSTANCIA Y SOPORTES DE PARTICIPACIÓN
20	20.PLANEAR Y/O DESARROLLAR CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES O INTERVENCIONES TÉCNICAS CUANDO LA ENTIDAD LO REQUIERA, CONFORME A SU PERFIL, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL
21	21.APOYAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN EL TERRITORIO, PROMOVRIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y EL TRABAJO COLABORATIVO.
22	22.EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SERÁ RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO, ASÍ COMO DE LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDOS, DARÁ LUGAR A LA NO CAUSACIÓN Y, POR ENDE, AL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-05-04) AL (2026-05-31)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		N°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		\$ 0	
PENSIÓN:		PROTECCION		\$ 0	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 0	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 0	
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		 ANGELA SOFIA CARRILLO CHAPARRO PS_3950_2026_BF09DA ANGELA SOFIA CARRILLO CHAPARRO CC: 52900352			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3950_2026_BF09DA LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO			