



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-14, 07:51:34 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081409235

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8810349708

PAGADO 14/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS JAVIER BELTRAN		
Documento	CC80112684	Dirección	CLL 28A SUR N 1A - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3015365412
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	UM	UMC	AMP	AP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ANE	Días 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 80112684	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO	03	00																	0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

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, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 0	\$ 499.100

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO		CC:	80112684	
CORREO ELECTRÓNICO:	DJBELTRAN2710@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3015365412	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 28a sur No 1a 61		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008188140001

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2892 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.358.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
PS_2892_2026_8A4C13

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

CC: 80112684

CEL: 3015365412

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

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

CON C.C N°

80.112.684

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2892 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.746.400	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.746.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.358.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

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. SE REALIZÓ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO. |
| 2 | 2. SE CONTROLÓ Y REGISTRÓ LOS SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES TRASLADADOS, INFORMANDO CUALQUIER ALTERACION AL MEDICO RECEPTOR DEL PACIENTE Y REALIZANDO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA QUE PREVENGAN ACCIONES INSEGURAS DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO. |
| 3 | 3. REALIZÓ EL CONTROL, CONSERVACION Y REGISTRO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y CAMILLA DE LA AMBULANCIA, UTILIZANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES Y SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS LOS PRIMEROS 7 DIAS DEL MES, FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA. |
| 4 | 4. SE ELABORÓ LA HISTORIA CLINICA CONFORME A LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCION PARA TRASLADO ASISTENCIAL SECUNDARIO (CODIGO: MI-UR-FT-017), ASI COMO LA ELABORACION DE LOS DEMAS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES, INCLUYENDO EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO TRASLADO ASISTENCIAL (MI-UR-FT-015), ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACION REGISTRADA. |
| 5 | 5. SE REALIZÓ LA LIMPIEZA Y DESINFECCION Y EL REGISTRO EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES, EFECTUAR EL ASEO RUTINARIO POR TURNO, Y DURANTE LOS FINES DE SEMANA LLEVAR A CABO LA DESINFECCION TERMINAL CONFORME AL PROTOCOLO ESTABLECIDO Y SEGUN LA PATOLOGIA DEL PACIENTE. |
| 6 | 6. SE RECIBIÓ Y SE ENTREGÓ AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O MEDICO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, SEGUN LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, BRINDANDO ATENCION ADECUADA TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA, MANTENIENDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. |
| 7 | 7. SE DIO A CONOCER Y SE CUMPLIÓ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASI COMO REPORTAR EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES. |
| 8 | 8. SE ASISTIÓ Y SE PARTICIPÓ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD. |
| 9 | 9. SE COMUNICÓ OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO. |
| 10 | 10. SE GARANTIZÓ EL USO CORRECTO Y RESPONSABLE DEL RADIO DE COMUNICACIONES DE LA AMBULANCIA, ASEGURANDOSE DE MANTENER UNA COMUNICACION CONSTANTE Y FLUIDA CON EL CENTRO DE OPERACIONES O LA BASE. INFORMAR DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA CUALQUIER NOVEDAD, INCIDENTE O SITUACION RELEVANTE QUE OCURRA DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO, TANTO AL INICIO COMO AL FINAL DE CADA TURNO, ASI COMO DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. |
| 11 | 11. SE REALIZÓ LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)



IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1080569865	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/20	\$ 218.861
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/20	\$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/20	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.003

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, pensión, 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	 <i>CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO</i> <i>PS_2892_2026_8A4C13</i> <hr/> CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO CC: 80112684
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> <i>PS_2892_2026_8A4C13</i> <hr/> JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

C.C. 80112684

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 21 de mayo de 2026



Luis Fernando Joya Joya
C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano