

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071988142		JUAN CARLOS RUIZ TUMBO	INDEPENDIENTE	Principal	TV 70 # 67B -75 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3168282893	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	470963109	9506800126	I	2026/07/09	2026/07/14	BANCO DAVIVIENDA	5	\$544,00

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	cte	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	lsv	ige	lma	vac	avp	vct	lri	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0			\$541,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0			\$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0			\$541,800
1	CC	1071988142	RUIZ JUAN																		230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5037	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0	No	\$541,800			
Total Afiliados(1)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0			\$541,800

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,100	\$0	\$281,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$1,100	\$0	\$281,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$900	\$0	\$219,800
TOTAL				1	\$541,800	\$2,200	\$0	\$544,000

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN CARLOS RUIZ TUMBO			CC:	1071988142
CORREO ELECTRÓNICO:	JCRT23RUIZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3168288293
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 70 67B 75 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488445839605
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2662 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.117.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JUAN CARLOS RUIZ TUMBO PS_2662_2026_F0D75C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS RUIZ TUMBO CC: 1071988142 CEL: 3168288293					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN CARLOS RUIZ TUMBO

CON C.C N° 1.071.988.142

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2662 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.746.400	No. HORAS EJECUTADAS	238
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.239.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.117.800
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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. Ejecutó las actividades de acuerdo con la función de auxiliar de enfermería.
2. Realizó las actividades propias del cuidado de enfermería, cumpliendo los protocolos institucionales y previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades derivadas del proceso de enfermería).
3. Notificó inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes a su cargo al médico de turno, al jefe inmediato y en el sistema de reporte de seguridad del paciente.
4. Informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna y adecuada.
5. Revisó la historia clínica de los pacientes asignados, conociendo su evolución diaria y plan de manejo para ejecutar el plan de cuidado de enfermería integral planteado por la enfermera.
6. Diligenció los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas.
7. Cumplió las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.
8. Respondió por los inventarios y realizó el control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, así como el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde desarrolló sus actividades.
9. Ofreció un trato con calidez y calidad al paciente y su familia, brindando una atención humanizada y conservando el respeto por la dignidad humana, de acuerdo con la política institucional de humanización.
10. Mantuvo la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la Resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.
11. Realizó asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales, según las solicitudes realizadas, generando el respectivo registro en la historia clínica.
12. Portó el carnet institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente durante la ejecución de las actividades contractuales.
13. Solicitó, alistó, entregó, custodió y retornó, con el respectivo proceso de limpieza, el instrumental según el área correspondiente, teniendo en cuenta el manual de la Central de Esterilización institucional.
14. Cumplió las actividades propias del servicio y las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo el apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, así como el traslado y entrega de muestras de patología.

1	15. Realizó la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia y de los formatos físicos que hacían parte de la historia clínica física al archivo de gestión documental, efectuando el respectivo registro en el formato correspondiente.
	16. Apoyó las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
	17. Organizó el servicio y realizó el alistamiento de las áreas con la dotación necesaria, manteniéndolas ordenadas para facilitar una prestación del servicio adecuada y oportuna.
	18. Veló por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio.
	19. Diligenció de forma adecuada cada uno de los formatos establecidos para el control del servicio, tales como limpieza y desinfección, control de temperatura y humedad del carro de paro, temperatura de las neveras y temperatura del servicio o del área.
	20. Dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos de la institución respecto al uso del uniforme y de los elementos de protección dentro de las áreas asignadas.
	21. Asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos realizados en el servicio y en la institución, de acuerdo con las actividades contractuales.
	22. Realizó el acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro de paro.
	23. Realizó el registro en el sistema de información establecido por la institución de la atención brindada a los pacientes a su cargo.
	24. Realizó la solicitud y el respectivo descargue en el sistema de información de los insumos necesarios para la atención de los pacientes. Asimismo, efectuó la devolución de los insumos solicitados y no utilizados con el paciente.
	25. Brindó educación e información al paciente y a sus cuidadores respecto al cuidado general del paciente y a las normas institucionales.
	26. Cumplió los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de sus actividades contractuales, entre ellos el recibo y entrega de turno, la prevención de caídas, la prevención de lesiones de piel y los demás establecidos por la institución.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9505203918	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 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



JUAN CARLOS RUIZ TUMBO

PS_2662_2026_F0D75C

JUAN CARLOS RUIZ TUMBO

CC: 1071988142

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON

PS_2662_2026_F0D75C

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_2662_2026_F0D75C

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO