

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA ANDREA MORALES CASTRO			CC:	1023961832
CORREO ELECTRÓNICO:	NATALIACASTRO101110@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3118686745
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 99A N° 61A - 54 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488440947924
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7867 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.371.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 NATALIA ANDREA MORALES CASTRO PS_7867_2025_838544 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NATALIA ANDREA MORALES CASTRO CC: 1023961832 CEL: 3118686745					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NATALIA ANDREA MORALES CASTRO

CON C.C N° 1.023.961.832

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS 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. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7867 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.161.506	No. HORAS EJECUTADAS	181
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.509.512	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.371.100
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE ESE PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN NHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
2	REALICÉ LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (REGISTROS DE ATENCIONES Y REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA.
4	TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX
5	REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH
6	PROPUCÉ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.
7	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE APH 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, CERTIFICO** 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° 9505107637	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/06/16	\$ 220.100	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/16	\$ 281.700	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/16	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 501.800	

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	 NATALIA ANDREA MORALES CASTRO PS_7867_2025_838544 NATALIA ANDREA MORALES CASTRO CC: 1023961832
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7867_2025_838544 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023961832		MORALES CASTRO NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 53 B 29 20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5745471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	390364902		9505107637	I	2026/06/09	2026/06/16	NEQUI	\$501,800

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)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC	1023961832	MORALES NATALIA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023961832		MORALES CASTRO NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 53 B 29 20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5745471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	390364902	9505107637	I	2026/06/09	2026/06/16	NEQUI	7	\$501,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
TOTAL				1	\$499,100	\$2,700	\$0	\$501,800	

☐	PS 7867 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 7867 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7867 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7867 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo