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 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 este # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	563705260	9508344878	I	2026/08/12	2026/08/13	BANCO DAVIVIENDA	1	$577,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 52054741	LATORRE CLAUDIA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-7	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

2026/08/13 02:17 PM

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 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 este # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	563705260	9508344878	I	2026/08/12	2026/08/13	BANCO DAVIVIENDA	1	$577,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$300					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$100					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$576,900	$700	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,500
$280,500
$42,800
$42,800
$35,200
$35,200
$219,100
$219,100
$577,600

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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL**			**CC:**	**52054741**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAUDIAROCIOLATORRE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123516423**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 3 ESTE # 9A 85**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480362642**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1075 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.843.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL
PS_1075_2026_D23F9D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL
CC: 52054741
CEL: 3123516423

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			
CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL			
	CON C.C N°	**52.054.741**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1075 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.142.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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.SE REALIZAN 489 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, PROCURANDO EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD EN CADA PACIENTE
2	2. BRINDE ATENCION PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, CUMPLI CON LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE ATENCION PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCION SEA PERTINENTE Y EFECTIVA, DOCUMENTE EN LA HISTORIA CLINICA TODAS LAS 489 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ATENCION BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCION.
3	3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS, CIENTIFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMAS CONOZCO Y CUMPLO LA VISION Y MISION DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
4	4. REALICE 489 ACTIVIDADES FACTURABLES EFECTUANDO TERAPIAS RESPIRATORIAS, 20 MUESTRAS DE GASES ARTERIALES, EN TOTAL 489 ACTIVIDADES FACTURABLES ,EJECUTANDO 394 ACTIVIDADES NO FACTURABLES , 290 OXIMETRIAS, RESPONDIENDO 2 INTERCONSULTAS, REALIZANDO 8 CAMBIOS DE FIJACIONES, 9 CAMBIOS DE INSUMOS, 10 REGISTROS EN FORMATO DE GASES ARTERIALES, LLEVANDO 22 REGISTROS DE PARAMETROS VENTILATORIOS, REALIZANDO 40 REGISTROS EN FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, 13 PACIENTES EN EDUCACION , ALCANZANDO OBJETIVOS DE TRATAMIENTOS TERMINADOS EN 130 PACIENTES EQUIVALENTES AL 86.9 % DE ESTOS.
5	6. ENTREGO EL INFORME DE PRODUCCION MENSUAL JUNTO CON LOS OBJETIVOS EL DIA 06 DE ABRIL DEL 2026, REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DEL DRIVE ADJUNTANDO LAS EVIDENCIAS DE LA INFORMACION ENTREGADA PARA CONSOLIDACION DE INDICADORES MENSUALES .
6	7. REALICE REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE 489 HISTORIAS CLINICAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
7	9. GARANTICE LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.
8	23. CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, DILIGENCIAMIENTO DE LOS RESPECTIVOS FORMATOS DE PAQUETES DE MEDIDAS , LIMPIEZA Y DESINFECCION DE EQUIPOS.
9	24. ASISTI A LA UMHES SANTA CLARA AL SERVICIO DE ADULTOS DURANTE TODO EL MES PARA LA EJECUCION DE MI LABOR COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9506773617	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/14	$ 219.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/14	$ 281.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/14	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.000

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	*CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL* *PS_1075_2026_D23F9D* **CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL** **CC: 52054741**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1075_2026_D23F9D* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**