aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018473589		MORENO TORRES NATALIA ESTEFANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 64 d N 18 n 83 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7921874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	681218172	9510527560	I	2026/09/21	2026/09/24	NEQUI	3	$543,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	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	1018473589 MORENO NATALIA																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	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

aportes en línea

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	$700	$0	$280,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$700	$0	$280,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100	$0	$42,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$100	$0	$42,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$500	$0	$219,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$500	$0	$219,400
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$1,300**	**$0**	**$543,100**

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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES**			**CC:**	**1018473589**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NATAMORENO1117@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3053156177**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 65B 111 59**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**76966992**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1021 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES
PS_1021_2026_D75E5E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES
CC: 1018473589
CEL: 3053156177

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			
NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES			
	CON C.C N°	**1.018.473.589**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1021 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.111.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO		

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.apoyar de manera integral el proceso de seleccion de personal, incluyendo la busqueda y reclutamiento de candidatos, la solicitud y verificacion de documentacion, y la actualizacion de las bases de datos correspondientes
2	2.apoyar el reclutamiento de personal a traves de los canales institucionales, garantizando la atencion oportuna de las solicitudes de personal de la entidad
3	3.apoyar el seguimiento y acompañamiento al personal reclutado, asegurando la correcta consolidacion y el inicio del proceso documental de ingreso a la entidad.
4	apoyar, verificar y garantizar el cumplimiento de la documentacion requerida del personal reclutado para su ingreso a la entidad, siguiendo los parametros establecidos en la lista de chequeo vigente.
5	apoyar al seguimiento de la entrega oportuna de los documentos por parte del personal reclutado segun los plazos del procedimiento de seleccion, y, en caso de no contar con los insumos requeridos, iniciar una nueva busqueda de personal para cumplir el objetivo
6	apoyar y verificar correctamente los datos del personal reclutado que ingresa a la entidad en las plataformas institucionales, como sideap, secop ii y sarlaft
7	apoyar en la verificacion de documentos del personal cuando se requiera un reclutamiento masivo o la actualizacion de vigencias contractuales.8.realizar y asegurar la entrega oportuna de los insumos necesarios para la elaboracion del montaje contractual al area de ops
8	realizar los procesos de consulta y verificacion de titulos del personal que ingresa a la entidad.
9	realizar y organizar la gestion documental de los formatos de necesidad correspondientes a los procesos de reclutamiento.11.realizar las demas actividades que se requieran de acuerdo con el objeto contractual, segun las instrucciones del 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508912600	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SURA	2026/08/27	$ 218.861
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/27	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/27	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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 ESTEFANI MORENO TORRES* *PS_1021_2026_D75E5E* **NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES** **CC: 1018473589**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1021_2026_D75E5E* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**