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 79752244		ALFARO JOSE IGNACIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 20 a # 66 62 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1000000833	9509979365	I	2026/09/10	2026/09/14	BANCO DE BOGOTA	4	$543,600

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	79752244 ALFARO JOSE																		231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	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	$900	$0	$281,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$900	$0	$281,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$700	$0	$219,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$700	$0	$219,600
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$1,800**	**$0**	**$543,600**

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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOSE IGNACIO ALFARO**			**CC:**	**79752244**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOSE0111IGNACIO@gmail.COM**			**TELÉFONO:**	**3118251876**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 20 A 66 62 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102656568**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2278 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.278.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

JOSE IGNACIO ALFARO
PS_2278_2026_B161E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE IGNACIO ALFARO
CC: 79752244
CEL: 3118251876

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			
JOSE IGNACIO ALFARO			
	CON C.C N°	**79.752.244**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO 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 2278 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.773.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.278.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	CAMILLERO 1.Se recibió y entregó turno informando pendientes y novedades de pacientes de los serviciosasignados,trámitesengestión,asímismoseentregóinventariodeelementos asignados; 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidaddelacama,condicionesdeseguridadeintegridaddelpaciente(barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío y cuidado de su intimidad) 3. Se trasladaron lasmuestras biológicasallaboratorioclínico, de formaoportunaycon las condicionesdebioseguridadyconservaciónadecuadas;4.Setramitólafacturaciónde órdenes deservicioenforma oportuna(laboratorios, ecografías, rayos X, etc.); 5. Se trasladaronlosequiposmenores,velandoporlaintegridadyseguridaddelosmismos;6. Setrasladaroninsumosmédico-quirúrgicosdesdefarmaciaalserviciodeacuerdoala necesidad del servicio; 7. Se respondió por el inventario que se le había asignado, utilizandoadecuadamentelosequiposyelementossuministradosparallevaracabosu actividad;8.Serealizólalimpiezaydesinfecciónde losequiposasignados,deacuerdoal Manual; 9. Se asumió de forma responsable y respetuosa la relación laboral con compañeros;10.Seconservó,mantuvoygarantizólareservalegalde lahistoriaclínica; 11. Se asistió alasreunionesdel grupofuncional ycapacitaciones programadaspor la entidad,conformeasusactividades;13.Seinformarondañosdeequiposoaccidentes ocurridosduranteeltrasladodepacientes;15.Setrasladaronlospacientesfallecidosala morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin, conservando el cuidado e integridad del paciente; 16. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenesyvaloracionesrequeridas, enforma oportunaysegura;19.Seofreciótrato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando una atención humanizada y conservandoelrespetoporladignidadhumana;20.Separticipóenlasactividadesde códigorojo,códigoazul,rutasdeatenciónydemásatencionesdondeserequirió;21.Se cumplióconelprotocolodegestióndehemocomponentesdeacuerdoasuperfil;22.Se ejercieronlasactividadesasignadasdeconformidadconlasnormasy/oreglamentosde acuerdoal objeto contractual ylas necesidades del servicio; 23. Se portóel carné de identificación de laSubredIntegrada de Servicios de SaludCentroOriente yse usóel uniforme establecido por la institución durante la ejecución de las actividades contractuales;24.Secumplióconeldiligenciamientoyentregaoportunadelahojade ruta; 25. Se dio cumplimiento a guías y protocolos de prevención de infecciones y seguridaddelpaciente;26.Secumplióconprotocolosinstitucionalesdondeseincluyó reciboyentregade turno, trasladodepaciente ysujeciónterapéutica; 27. Seatendióel llamado

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° 9508434594	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/12	$ 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	*JOSE IGNACIO ALFARO* *PS_2278_2026_B161E0* **JOSE IGNACIO ALFARO** **CC: 79752244**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2278_2026_B161E0* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**