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 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	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	728203952	9511624615	I	2026/10/09	2026/10/13	BANCO DAVIVIENDA	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	1071988142 RUIZ JUAN																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	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

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$900	$0	$281,100
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	$700	$0	$219,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	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: (30-09-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2662 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.537.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

JUAN CARLOS RUIZ TUMBO
PS_2662_2026_1A2482

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN CARLOS RUIZ TUMBO
CC: 1071988142
CEL: 3168288293

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			
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**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30.090.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.537.000
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. EJECUTÉ LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA FUNCIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA. 2. REALICÉ ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA, CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. (REALICÉ RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE DERIVARON DEL PROCESO DE ENFERMERÍA). 3. NOTIFIQUÉ INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A LOS PACIENTES QUE TUVE A CARGO, AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 4. INFORMÉ A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MÉDICO TRATANTE SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. 5. REVISÉ LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS, CONOCIENDO SU EVOLUCIÓN DIARIA Y PLAN DE MANEJO, PARA EJECUTAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRAL DEL PACIENTE PLANTEADO POR LA ENFERMERA. 6. DILIGENCIÉ LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES. 7. CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES. 8. RESPONDÍ POR LOS INVENTARIOS, REALICÉ CONTROL, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O ÁREA DONDE DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES. 9. OFRECÍ TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, BRINDANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA Y CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA, SEGÚN LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN. 10. MANTUVE 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. REALICÉ ASESORÍAS PRETEST Y PRUEBAS RÁPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES, SEGÚN LAS SOLICITUDES REALIZADAS, GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA. 12. PORTÉ EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 13. SOLICITÉ, ALISTÉ, ENTREGUÉ, CUSTODIÉ Y RETORNÉ, CON EL RESPECTIVO PROCESO DE LIMPIEZA, EL INSTRUMENTAL SEGÚN EL ÁREA QUE CORRESPONDIÓ, TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN INSTITUCIONAL. 14. CUMPLÍ CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYÓ APOYO E INSTRUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA. 15. REALICÉ LA RECEPCIÓN, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA Y LOS FORMATOS FÍSICOS QUE HICIERON PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA AL ARCHIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, REALIZANDO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE. 16. APOYÉ ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17. ORGANICÉ EL SERVICIO Y REALICÉ EL ALISTAMIENTO DE ÁREAS CON LA DOTACIÓN NECESARIA, MANTENIÉNDOLAS

1	ORDENADAS PARA FACILITAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO. 18. VELÉ POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO. 19. DILIGENCIÉ EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA EL CONTROL DEL SERVICIO, COMO LO FUERON LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD DEL CARRO DE PARO, TEMPERATURA DE LAS NEVERAS Y TEMPERATURA DEL SERVICIO O DEL ÁREA. 20. DI CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN EN CUANTO AL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509965721	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 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_1A2482* **JUAN CARLOS RUIZ TUMBO** **CC: 1071988142**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON* *PS_2662_2026_1A2482* **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_1A2482* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**