PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-12, 04:14:10 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074857163

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810349708

PAGADO 11/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS JAVIER BELTRAN		
Documento	CC80112684	**Dirección**	CLL 28A SUR N 1A - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015365412
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80112684	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 0	$ 405.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO**			**CC:**	**80112684**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DJBELTRAN2710@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3015365412**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**Calle 28a sur No 1a 61**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008188140001**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5264 2025**	**N° CDP:**	**2519**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/28**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.003.400**					

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
PS_5264_2025_BB2A09

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
CC: 80112684
CEL: 3015365412

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			
CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO			
	CON C.C N°	**80.112.684**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REFERENCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5264 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/28**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.609.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.689.900	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.003.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	INFORMÉ A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y MÉDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA
2	CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES
3	CONTÉ CON LA DISPOSICIÓN DE ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD
4	IMPARTÍ EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE
5	CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRÁN PARA FORMULA ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENT0
6	MANTUVÉ LIMPIA Y ORDENADA LA AMBULANCIA ASIGNADOS DURANTE EL TURNO
7	RESPONDÍ POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA CAMILLA DE LA MÓVIL
8	APLIQUÉ, ACATÉ Y CUMPLÍ CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO
9	REALICÉ LA DESINFECCIÓN OPORTUNA DE LA CAMILLA DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA ELLO Y SEGÚN PATOLOGÍA DEL PACIENTE
10	REPUCÉ EN FARMACIA LOS INSUMOS UTILIZADOS POR EL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
11	RECIBÍ Y ENTREGUÉ AL PACIENTE A LA ENFERMERA DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA UNIDAD DE ORIGEN Y DE DESTINO
12	REALICÉ EL CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS
13	PORTÉ EL UNIFORME DE FORMA ADECUADA TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN PERSONAL
14	OFRECÍ TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA
15	MANTUVÉ LA RESERVÉ DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES
16	EJERCÍ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO
17	RECIBÍ Y ENTREGUÉ EL TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD
18	UTILICÉ EL TELÉFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO
19	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
20	RECIBÍ Y ENTREGETURNO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD
21	ORIENTÉ A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNÓSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGÍA REQUERIDA, SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO

22	REALICÉ ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
23	CONTROLÉ LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES TRASLADADOS DENTRO DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGÚN CONDICIÓN CLÍNICA INFORMANDO AL MÉDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRÁNDOLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL TRASLADO
24	CUMPLÍ LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.11. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA CAMILLA DE LA MÓVIL
25	CONOCÍ Y CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES QUE LA ARL Y/O AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RECOMIENDEN CON OCASION A LA REALIZACION DE SU ACTIVIDAD CONTRACTUAL QUE LO CLASIFIQUE COMO RIESGO 4 O 5. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
26	NOTIFIQUÉ INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDOS A SUS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL APLICATIVO DISPUESTO PARA ELLO
27	REALICÉ LA LISTA DE CHEQUEO INSTAURADA EN LA SUBRED, VERIFICANDO CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER TRASLADADOS

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074857163	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
PS_5264_2025_BB2A09
CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
CC: 80112684

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PS_5264_2025_BB2A09

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	