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 1031158827		BARRETO PINEDA ANGGY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trns. 1 vs # 7 a - 08 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3869905	No

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
1	CC	1031158827	BARRETO ANGGY																	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1846514040	9492078334	I	2025/10/07	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	7	$442,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$800	$0	$178,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$800	$0	$178,800
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$2,000**	**$0**	**$442,500**

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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGGY ROCIO BARRETO PINEDA**			**CC:**	**1031158827**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANGIEBARRETOPINEDA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3044508968**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 1B ESTE # 70 08 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488446121334**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2995 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.737.980**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

ANGGY ROCIO BARRETO PINEDA
PS_2995_2025_C500A8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGGY ROCIO BARRETO PINEDA
CC: 1031158827
CEL: 3044508968

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 ANGGY ROCIO BARRETO PINEDA

		CON C.C N°	**1.031.158.827**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA 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 2995 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.547.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**246**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.801.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.737.980
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	HE ORIENTADO AL USUARIO EXPLICÁNDOLE LA PREPARACIÓN QUE REQUIERE PARA SUS EXÁMENES.
2	HE REALIZADO LA TOMA DE MUESTRAS DE LOS PACIENTES TOMANDO ADECUADAMENTE LOS TUBOS QUE REQUIERE PARA CADA UNO DE SUS EXÁMENES.
3	HE TRATADO DE MANERA RESPETUOSA Y HUMANA A CADA USUARIO QUE HE ATENDIDO.
4	HE HECHO ENTREGA DE RESULTADOS A LOS USUARIOS VERIFICANDO QUE PERTENEZCAN A CADA UNO DE ELLOS Y LOS DATOS PERSONALES ESTÉN SEAN CORRECTOS.
5	HE DILIGENCIADO DE MANERA CLARA Y LEGIBLE LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA TOMA DE EXÁMENES.
6	HAGO MI DEBIDA VERIFICACIÓN AL MOMENTOS DE HACER ALGÚN DESCARTE QUE SEA DEPOSITADO EN LA CANECA CORRESPONDIENTE PARA EVITAR ALGÚN TIPO DE ACCIDENTE.
7	HE REALIZADO LA DEBIDA LIMPIEZA DE LAS ÁREAS Y SUPERFICIES.
8	PORTO MIS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMATIVAS DE LA ENTIDAD.
9	HE PREPARADO EL MATERIAL NECESARIO PARA LA TOMA DE UNA MUESTRA VAGINAL O EL PROCESAMIENTO DE UNA MUESTRA DE ORINA O MATERIA FECAL.
10	HE PARTICIPADO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN Y REUNIONES REALIZADAS.
11	HE INFORMADO A MI JEFE INMEDIATO SOBRE CUALQUIER NOVEDAD PRESENTADA EN LOS TURNOS.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492078334	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/14	$ 178.000

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*ANGGY ROCIO BARRETO PINEDA* *PS_2995_2025_C500A8* **ANGGY ROCIO BARRETO PINEDA** **CC: 1031158827**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_2995_2025_C500A8* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**