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 1012417578		VARGAS GALVIS MAICOL ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 82 #68 69 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7783415	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	232051380	9503153330	I	2026/04/21	2026/04/17	DAVIbank S.A.	0	$576,900

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			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900
1	CC	1012417578 VARGAS MAICOL																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	30	$0	$0	No	$576,900
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900

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	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$0**	**$0**	**$576,900**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1069 2026 CRP -8466.pdf	1 PS 1069 2026 CRP -8466.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1069 2026 CUENTA DE COBRO FENRERO 2026.pdf.pdf	PS 1069 2026 CUENTA DE COBRO FENRERO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1069 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf..pdf	PS 1069 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS**			**CC:**	**1012417578**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDRESVARGASGALvis@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3155527573**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**calle 60 n° 73 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004482018628**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1069 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.483.480**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS
PS_1069_2026_571630

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS
CC: 1012417578
CEL: 3155527573

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			
MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS			
	CON C.C N°	**1.012.417.578**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO 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 1069 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**174**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.894.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.483.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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	ACTIVIDAD 1; Realice 358 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
2	ACTIVIDAD 2 : RTA/ para garantizar que la atención Realice respuesta de 0 interconsultas, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atenciónsea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención
3	ACTIVIDAD 3: Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	ACTIVIDAD 4: Realice 372 Actividades facturables: se atendieron 350 pacientes, 365 terapia respiratoria ,12 Micronebulizaciones,26 gases. toma de muestra 0 pediatricas. Realice 377 Actividades NO facturables: 320 oximetrias,04 respuesta a interconsultas, no realiza limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos
5	ACTIVIDAD 5: realize 0 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica
6	actividad 6:Entrega de informe de producción mensual y objetivos (el 5 de abril 2026), Subi evidencias al drive el 15 de abril 2026 y se registra a diario el informe de producción.
7	ACTIVIDAD 7 :Realice registro completo y con calidad de 480 Historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
8	ACTIVIDAD 9: Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
9	ACTIVIDAD 10: Asistí a la capacitación del equipo ****protocolo de máquina de gases, protocolo de cánula de alto flujo, protocolo de tecnicas de rehabilitacion de rehabilitacion, protocolo de higiene bronquial y succion, protocolo de paso de ventilados a tienda de traqueostomia, protocolo de maniobras de terapia respiratorias, protocolo de gases arteriales,protocolo de inhaloterapia ,protocolo de succion y traqueostomia, secretaria de salud , curso de tecnovigilancia.
10	ACTIVIDAD 19: Asistí a la capacitación del equipo ****protocolo de máquina de gases, protocolo de cánula de alto flujo, protocolo de tecnicas de rehabilitacion de rehabilitacion, protocolo de higiene bronquial y succion, protocolo de paso de ventilados a tienda de traqueostomia, protocolo de maniobras de terapia respiratorias, protocolo de gases arteriales,protocolo de inhaloterapia ,protocolo de succion y traqueostomia, secretaria de salud , curso de tecnovigilancia. mes de abril
11	ACTIVIDAD 20: Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada
12	ACTIVIDAD 21: Diligencie formatos de limpieza y desinfección
13	ACTIVIDAD 23: Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503153330	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/17	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/17	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/17	$ 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	*MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS* *PS_1069_2026_571630* **MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS** **CC: 1012417578**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1069_2026_571630* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**