aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000686620		AGUIRRE VANEGAS ANGE FAISULY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 53g # 5a -78	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5639460	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	559571567	9508113314	I	2026/08/06	2026/08/12	BANCOLOMBIA	6	$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
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
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
1	CC	1000686620	AGUIRRE ANGE	230901	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000686620		AGUIRRE VANEGAS ANGE FAISULY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 53g # 5a -78	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5639460	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	559571567	9508113314	I	2026/08/06	2026/08/12	BANCOLOMBIA	6	$544,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300					$0	
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$280,200	$1,300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$1,000	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$2,500	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,500
$281,500
$42,900
$42,900
$219,900
$219,900
$544,300

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:	**ANGE FAISULY AGUIRRE VANEGAS**			**CC:**	**1000686620**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANGEVANEGAS32@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132411608**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 53 G 5A 78**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**06235636415**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1068 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.963.960**
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**				

ANGE FAISULY AGUIRRE VANEGAS
PS_1068_2026_D30920

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGE FAISULY AGUIRRE VANEGAS
CC: 1000686620
CEL: 3132411608

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			
ANGE FAISULY AGUIRRE VANEGAS			
	CON C.C N°	**1.000.686.620**	
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 1068 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.153.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.963.960
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	REALIZO 307 SESIONES A LOS PACIENTES CORRESPONDIENTES EN ESTE MES DE AGOSTO DE TERAPIA (RESPIRATORIA) EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRIA
2	2. REALIZO RESPUESTA A INTERCONSULTAS, BRINDE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN PARA GARANTIZAR QUE LA ATENCIÓN SEA PERTINENTE Y EFECTIVA, DOCUMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA TODAS LAS SESIONES DE TERAPIA DE LA ATENCIÓN BRINDADA CON REPORTE DE LO HECHO EN LA ATENCIÓN
3	3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZADA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMÁS CONOZCO Y CUMPLO LA VISIÓN Y MISIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
4	4. REALIZO TERAPIAS RESPIRATORIA: TERAPIA RESPIARTORIA 148, OXIMETRIAS 291, TOMA DE GASES 116, MICRONEBULIZACIONES 0,TOMA DE MUESTRAS 1 PARA CUMPLIR CON MIS ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL DE SAN BLAS
5	5.TERAPIAS RESPIRATORIA DEL MES DE AGOSTO SEGÚN LO QUE ME CORRESPONDA
6	6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL (5/8/2026), ENTREGA DE OBJETIVOS (5/8/2026) DILIGENCIAMIENTO DE DRIVES (5/8/2026)
7	7. REALIZO REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE 193 CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
8	9.GARANTIZO LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
9	11. SE REPORTAN SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
10	2.PARTICIPE EN LA ENCUENTAS Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES DE AGOSTO DEL 2026.
11	19. ASISTI A ENCUESTA Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026
12	22.CUMPLI CON ACCIONE DE MEJORA.
13	23. CUMPLÍ CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
14	24. ASISTIA LA UNIDAD DE HOSPITAL SAN BLAS MI ROTACION EN URGENCIAS AGOSTO

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° 9508113314	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/12	$ 218.900
PENSIÓN:	SKANDIA	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	*ANGE FAISULY AGUIRRE VANEGAS* *PS_1068_2026_D30920* **ANGE FAISULY AGUIRRE VANEGAS** **CC: 1000686620**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1068_2026_D30920* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**