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 1023967174		AGUILAR MARTINEZ DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3bis este#46-11sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	601128496	9508684138	I	2026/08/20	2026/08/28	NEQUI	8	$563,800

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			$919,590	$18,400			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$919,590	$18,400			$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			$919,590	$18,400			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023967174	AGUILAR DAYANA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$919,590	$18,400	14-25	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$919,590	$18,400			$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 1023967174		AGUILAR MARTINEZ DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3bis este#46-11sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	601128496	9508684138	I	2026/08/20	2026/08/28	NEQUI	8	$563,800

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	$1,700					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,700	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$42,700	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,400	$200					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$18,400	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,400					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$1,400	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$560,200	$3,600	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,900
$281,900
$43,000
$43,000
$18,600
$18,600
$220,300
$220,300
$563,800

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

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2198 2026 CRP -9074.pdf	1 PS 2198 2026 CRP -9074.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2198 2026 CRP -16339.PDF	2 PS 2198 2026 CRP -16339.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2198 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2198 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2198 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf.pdf	PS 2198 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2198 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 2198 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2198 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2198 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2198 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2198 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2198 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2198 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2198 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2198 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE ASISTENCIA A CAPACITACIÓN

CÓDIGO: AP-TH-FT-002
VERSIÓN: 04
FECHA: 2023-10-10

INFORMACIÓN GENERAL

1. PROCESO		2. FECHA	
3. RESPONSABLE	4. FIRMA	6. HORA DE INICIO	
5. TEMÁTICA		7. HORA DE FINALIZACIÓN	

Nº	8. NOMBRES Y APELLIDOS	9. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. UNIDAD	11. PROCESO	12. SERVICIO	13. PROFESIÓN O CARGO	14. TIPO DE VINCULACIÓN							15. TELÉFONO DE CONTACTO	16. CORREO ELECTRÓNICO	17. FIRMA
							LN	PF	CA	PV	TO	CO	TER			
1	Lady Sanchez	52441729	Platano	Misional	Admisiones	Enfermera			X					3188026[illegible]	mafi1878@[illegible]	[illegible]
2	Mayra Agudelo	2444233	Platano	Misional	Hospitalario	Enfermera						X		3209447162	mayra_agudelo@hotmail.com	Mayra Agudelo
3	Juliana González	1069302417	IMI	Misional	SIP	Aux Enfermería						X		316047 6551	ladyjgonzalez@gmail.com	Juliana González
4	Nury Betancourt	51764594	IMI	Misional	Pediatría	Aux enfermería				X				31588 10318	betancourtenfermera@hotmail.com	Nury Betancourt
5	Carolina Aguilar	1023967174	IMI	Misional	Intermedios	Aux enfermería						X		322226 7300	carolina0678aguilar@gmail.com	Carolina A
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

LN: LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN
PF: PERIODO FIJO (Gerente y Servicio Social Obligatorio)
CA: CARRERA ADMINISTRATIVA

PV: PROVISIONAL
TO: TRABAJADOR OFICIAL
CO: CONTRATISTA

TER: TERCERIZADO Y/O ESTUDIANTES

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 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:	**DAYANA AGUILAR MARTINEZ**			**CC:**	**1023967174**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DAYANA9678AGUILAR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3222267750**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CRR 3 B BIS ESTE # 46 A-11 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488403700997**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2198 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.515.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

DAYANA AGUILAR MARTINEZ
PS_2198_2026_90FF12

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAYANA AGUILAR MARTINEZ
CC: 1023967174
CEL: 3222267750

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			
DAYANA AGUILAR MARTINEZ			
	CON C.C N°	**1.023.967.174**	
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 2198 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.506.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.515.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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	1.Seejecutaronlasactividades deacuerdoconlafunciónde auxiliardeenfermería;2. Serealizaronactividadespropiasdelcuidadodeenfermeríacumpliendolosprotocolos institucionalesyprevinendoaccionesinsegurasenlaprestaciónde serviciosdesalud (reciboyentregadeturno,actividadesdeenfermeríaydemásactividadesderivadasdel proceso de enfermería); 3. Se notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridasalospacientesacargo,almédicodeturno,jefeinmediatoyenelsistemade reporte de seguridad del paciente; 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada; 5. Se revisó la historia clínica de los pacientes asignados, conociendosu evolución diaria yplande manejo paraejecutarel plande cuidadode enfermeríaintegralplanteadoporlaenfermera;6.Sediligenciaronlosregistrosdelas atenciones,procedimientos,actividadeseintervencionesrealizadas;7.Secumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental,saludocupacionalydemáspolíticasinstitucionales;8.Serespondióporlos inventarios,realizandocontrol,conservaciónyusoadecuadodelosequipos,elementos e insumos, así como el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se desarrollaron lasactividades;9. Seofreciótratoconcalidezy calidadal pacientey la familia, brindando atención humanizada y respetando la dignidad humana según la políticainstitucionaldehumanización;10.Semantuvolareservayconfidencialidadde la informaciónclínicaypersonaldelospacientes,dandocumplimientoalaResolución 1995 yal manual demanejodehistoria clínica establecido por la institución; 11. Se realizaronasesoríaspretestypruebasrápidasenlosdiferentesserviciosintramurales segúnsolicitudes,generandoelrespectivoregistroenla historiaclínica;15.Seportóel carnéinstitucionaldelaSubredIntegradadeServiciosdeSaludCentroOrientedurante la ejecución delasactividadescontractuales;16.Sesolicitó,alistó,entregó,custodióy retornó, con el respectivo proceso de limpieza, el instrumental según el área correspondiente, teniendo en cuenta el manual de la central de esterilización institucional; 18.Secumplieronlasactividadespropiasdelservicioylasasignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo apoyo e instrumentación de procedimientosmenoresenconsultorio,trasladoyentrega demuestrasdepatología; 19. Se realizó la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia y formatos físicos que hacen parte de la historia clínica al archivo de gestión documental, efectuando el registro en el formato correspondiente; 20. Se apoyaronactividadesrelacionadasconelprocesodeacreditaciónyhabilitacióndelaSubredIntegradadeServiciosdeSaludCentroOrienteE.S.E.;21.Seorganizóelservicio y se realizó el alistamiento de áreas con la dotación necesaria, manteniéndolas ordenadasparafacilitarlaprestacióndeunservicioadecuadoyoportuno;23.Seveló porelcuidadoyaprovechamientodelossuministrosyexistenciasdeinsumosdelos pacientes en el servicio; 25. Se diligenciaron de forma adecuada los formatos establecidosparaelcontroldelservicio,talescomolimpiezaydesinfección,controlde temperaturayhumedaddelcarrode paro,temperaturadelasneverasydelservicioo área; 26. Se dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos institucionalesencuantoalusodel uniformeyelementosdeprotecciónden trodelas áreas asignadas; 27. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales; 28. Se realizó acompañamiento al profesional de enfermería en la revisiónmensualdelcarrodeparo;29.Serealizóregistroenelsistemadeinformación institucionaldelaatenciónbrindadaalospacientesacargo;30.Serealizólasolicitudy elrespectivodescargueenelsistemadeinformacióndelosinsumosnecesariosparala atención de los pacientes, así como la devolución de los insumos solicitados y no utilizados; 31.Sebrindóeducacióneninformaciónalpacienteycuidadoresrespectoal cuidadogeneral ynormasinstitucionales; 32. Secumplióconlosprotocolosydemás lineamientosinstitucionalesaplicablesalaejecucióndelasactividadescontractuales, incluyendoreciboyentrega deturno,prevencióndecaídas,prevencióndelesionesde pielydemásestablecidos.

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° 9508684138	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/28	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/28	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/08/28	$ 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	*DAYANA AGUILAR MARTINEZ* *PS_2198_2026_90FF12* **DAYANA AGUILAR MARTINEZ** **CC: 1023967174**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2198_2026_90FF12* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2198_2026_90FF12* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**