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 55158404		DUSSAN GARCIA MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 56 # 151 51 trr 6 ap 203	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
2026-09	2026-09	733135941	9511251467	I	2026/10/02	2026/10/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	11	$546,300

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	55158404 DUSSAN MARIA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	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 55158404		DUSSAN GARCIA MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 56 # 151 51 trr 6 ap 203	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
2026-09	2026-09	733135941	9511251467	I	2026/10/02	2026/10/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	11	$546,300

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	$2,300					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$2,300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$400					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$400	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,800					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$1,800	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$4,500	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$282,500
$282,500
$43,100
$43,100
$220,700
$220,700
$546,300

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: (31-10-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA MONICA DUSSAN GARCIA**			**CC:**	**55158404**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MDUSSAN.IPS.HCO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014159009**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 55 # 153 15 torre 8 apto 904**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074080854**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1063 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.843.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/10/01 AL 2026/10/31**				

MARIA MONICA DUSSAN GARCIA
PS_1063_2026_6F77B8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA MONICA DUSSAN GARCIA
CC: 55158404
CEL: 3014159009

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			
MARIA MONICA DUSSAN GARCIA			
	CON C.C N°	**55.158.404**	
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 1063 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.594.560	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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: Hasta la fecha del mes de Octubre (26/10/2026) he realizado 253 sesiones de terapia respiratoria en los servicios de Hospitalización Medicina Interna, Ginecología y Urgencias de la Unidad Jorge Eliecer Gaitán, procurando el mejoramiento de la salud del paciente.
2	ACTIVIDAD 2: Brinde atención personalizada adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente todas las sesiones de Terapia Respiratoria con reportes de los hechos en la atención.
3	ACTIVIDAD 3: Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Subred 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, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente.
4	ACTIVIDAD 4: Realice 253 sesiones de Terapia Respiratoria, 165 Micro nebulizaciones, tomé y registre 23 gases arteriales, 253 Oximetrías, registre 125 Oxígenos y realice 103 Desinfecciones y asistí a 1 reanimación cardiopulmonar en 193 pacientes.
5	ACTIVIDAD 5: Realice adecuados tratamientos, seguimiento a los pacientes valorados, brindando pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes al egreso.
6	ACTIVIDAD 6: Los informes de producción mensual, objetivos e indicadores de sala era con fecha de envío 1-10-2026 y se encuentran diligenciado todos los días en el drive establecido por nuestra referente. Además se envía de Base Sala ERA todos los lunes de cada semana.
7	ACTIVIDAD 7: Realice registro completo y con calidad de 193 pacientes con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	ACTIVIDAD 8: Garantice la privacidad de las historias clínicas de los pacientes.
9	ACTIVIDAD 9: Cumplí con la siguiente acción de mejora: Mantener barandas de las camas de los paciente arriba para evitar posibles caídas.
10	ACTIVIDAD 10: Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.
11	ACTIVIDAD 11: Asistí a la Unidad Jorge Eliecer Gaitán, según orden de mi supervisora de contrato.

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 (2026-10-01) AL (2026-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9511251467	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/10/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/10/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/10/13	$ 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	*MARIA MONICA DUSSAN GARCIA* *PS_1063_2026_6F77B8* **MARIA MONICA DUSSAN GARCIA** **CC: 55158404**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1063_2026_6F77B8* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**