

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

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 1600 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1600 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1600 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1600 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1600 2025 CRP-6247.pdf	1 PS 1600 2025 CRP-6247.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS_1600_2025_CUENTA DE COBRO OCTUBRE_2025.pdf	PS_1600_2025_CUENTA DE COBRO OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1600 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<div>Borrar</div> <div>Cargar nuevo</div>		
<div>Cancelar</div> <div><div><</div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div><div>></div></div>					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1100950157		MAYORGA VELASQUEZ EDITH JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7C SUR N 2 - 41	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
2025-11	2025-11	1994674970	9495408165	I	2025/12/15	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

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)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
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	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1100950157	MAYORGA EDITH	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100950157		MAYORGA VELASQUEZ EDITH JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7C SUR N 2 - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1994674970		9495408165	I	2025/12/15	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ			CC:	1100950157
CORREO ELECTRÓNICO:	JUANA0605@gmail.COM			TELÉFONO:	3203473139
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7C SUR 2 41			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400754266
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1600 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.248.320	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div>EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ PS_1600_2025_9D4B92</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ CC: 1100950157 CEL: 3203473139</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ				
CON C.C N°			1.100.950.157	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1600 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.389.248	No. HORAS EJECUTADAS	120	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.876.656	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.248.320	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO			
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	valoracion a pacientes servicio santa lucia			
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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9495408165	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/10	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	\$ 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



EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ
PS_1600_2025_9D4B92

EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ
CC: 1100950157

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1600_2025_9D4B92

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



HUGO GERMAN REYES GUERRERO
PS_1600_2025_9D4B92

HUGO GERMAN REYES GUERRERO
SUPERVISOR DEL CONTRATO