

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 1365 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.699.520	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
<div><div>EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ PS_1365_2026_DE049A</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 COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1365 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.094.080	No. HORAS EJECUTADAS	111
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.212.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.699.520
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
------------------------	--------------------------------

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	. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMIDOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE U MANERA OPORTU Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE.2. BRINDAR U ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSOLIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION. 3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 4. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIODAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 5. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 6. RESPETARLOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9505389896	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/06/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/09	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/09	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	<div><div>EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ</div><div>PS_1365_2026_DE049A</div></div> <div>EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ</div> <div>CC: 1100950157</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</div><div>PS_1365_2026_DE049A</div></div> <div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA</div><div>PS_1365_2026_DE049A</div></div> <div>MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2026-05	2026-05	376803000		9505389896	I	2026/06/16	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	\$541,800

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			\$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 1100950157	MAYORGA EDITH	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	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

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
2026-05	2026-05	376803000	9505389896	I	2026/06/16	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800

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	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
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	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	

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

☐ 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 1365 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	1. PS 1365 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
	1. PS 1365 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026..pdf (Archivado)	1. PS 1365 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026..pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	1. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	1 PS 1365 2026 CRP -8637.pdf	1 PS 1365 2026 CRP -8637.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐	2. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	3. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	4. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
			<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>
<div>Cancelar</div>		<div>< Evaluación de la Entidad Estatal ></div>		