

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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		\$ 2.942.720	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
<div><div>EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ PS_1365_2026_10A138</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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1365 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$18.094.080No. HORAS EJECUTADAS121

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$19.212.800VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.942.720

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

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)

1REALIZAR 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.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9507053448	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/09	\$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/09	\$ 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 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	<div><div>EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ</div><div>PS_1365_2026_10A138</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_10A138</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_10A138</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	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	467254379	9507053448	I	2026/07/15	2026/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$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		Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)							\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0		
1	CC	1100950157	MAYORGA EDITH		25-14	30	\$1,750,905		\$280,200		EP5005	30	\$1,750,905		\$218,900		0	\$0		\$0		\$0	
Total Afiliados(1)							\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$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
2026-06	2026-06	467254379	9507053448	I	2026/07/15	2026/07/09	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](#)

Datos guardados

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
☐ 5. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>