**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: (30-09-2026)** | | | | | |
| **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** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1365 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.064.320** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ*
*PS_1365_2026_AB924F*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ**
**CC: 1100950157**
**CEL: 3203473139**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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** | **126** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 25.779.200 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.064.320 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) 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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1.BRINDAR ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA.<br><br>2. REALIZAR EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE, EN EL SISTEMAS DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL, LOS ACTOS MEDICOS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES.<br><br>3. INFORMO DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOVIENDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA.<br><br>4 RESPETO LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIENDO EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES APLICABLES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRESTE LA ATENCION.<br><br>5. NOTIFICO OPORTUNAMENTE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION PRESTADA, IMPLEMENTANDOLOS PLANES DE MEJORA.<br><br>6. PRESTO LOS SERVICIOS CONFORME A LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LAS NE6. CESIDADES DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS. |

**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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9510155510 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/09/09 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/09/09 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/09/09 | $ 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 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*<br>*PS_1365_2026_AB924F*<br>**EDITH JOHANNA MAYORGA VELASQUEZ**<br>**CC: 1100950157** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA*<br>*PS_1365_2026_AB924F*<br>**MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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 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 |
| 2026-08 | 2026-08 | 639115259 | 9510155510 | I | 2026/09/14 | 2026/09/09 | 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 | 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 |

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 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 |
| 2026-08 | 2026-08 | 639115259 | 9510155510 | I | 2026/09/14 | 2026/09/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $541,800 |

## 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 | $0 | | | | | $0 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | | | | | $0 | |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | | | | | $0 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $541,800 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| LOR A PAGAR |
|---|
| $280,200 |
| $280,200 |
| $42,700 |
| $42,700 |
| $218,900 |
| $218,900 |
| $541,800 |

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 |
| ☐ | 5. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | 5. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | 6. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CAMBIO SUPERVISOR PS 1365 2026 18-08-2026.pdf | CAMBIO SUPERVISOR PS 1365 2026 18-08-2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 7. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | 7. PS.1365.2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >