

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		
☐ ARL SURA 1030600323 CTO 6104-2025.pdf	ARL SURA 1030600323 CTO 6104-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ CUENTA 6104-2025 JULIO 2025 ADMINISTRATIVO.pdf	CUENTA 6104-2025 JULIO 2025 ADMINISTRATIVO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ vacuna influenza.pdf	vacuna influenza.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ cuenta julio contrato No 6104-2025.pdf	cuenta julio contrato No 6104-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ Cuenta Agosto No 6104-2025.pdf	Cuenta Agosto No 6104-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1030600323		VERA MARTINEZ STEFANNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72 p bis # 48 - 15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5656089	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000008	9490667599	I	2025/09/05	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	6	\$442,300

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)					\$1,423,500	\$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: BOGOTA Depto: BOGOTA 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	1030600323	VERA STEFANNY	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$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 1030600323		VERA MARTINEZ STEFANNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72 p bis # 48 - 15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5656089	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	10000000008		9490667599	I	2025/09/05	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	\$442,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,800	\$0	\$442,300	

Bogotá D.C.,

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Ciudad,

ASUNTO: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Cordial saludo,

Yo Stefanny Alejandra Vera Martínez , con la cédula de ciudadanía número 1.030.600.323 de Bogotá atentamente solicito, por razón de fuerza mayor, de mutuo acuerdo terminar el contrato de prestación de servicios No. 6104-2025 a partir del 15 de Septiembre del 2025 y se proceda en la inmediatez a su liquidación.

En todo caso, para el presente efecto, con ocasión a lo establecido en el Artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, autorizo notificación electrónica al correo stefanny.vera.martinez@gmail.com

Agradezco la atención prestada,

Atentamente,



Stefanny Alejandra Vera Martínez

NOMBRE Y APELLIDO

Celular 314-760 8609

Dirección Carrera 72p bis A # 48-15 sur

Correo electrónico stefanny.vera.martinez@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1030600323		VERA MARTINEZ STEFANNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72 p bis # 48 - 15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5656089	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1000001626	9491773405	I	2025/10/07	2025/09/29	BANCO DE BOGOTA	0	\$220,300

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$0	\$0			\$711,750	\$17,400	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$0	\$0			\$711,750	\$17,400	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$0	\$0			\$711,750	\$17,400	\$0
1	CC	1030600323	VERA STEFANNY	230301	15	\$711,750	\$113,900	EPS002	15	\$711,750	\$89,000	0		\$0	14-11	15	\$711,750	\$17,400	0
Total Afiliados(1)					\$711,750	\$113,900			\$711,750	\$89,000			\$0	\$0			\$711,750	\$17,400	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030600323		VERA MARTINEZ STEFANNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72 p bis # 48 - 15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5656089	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1000001626		9491773405	I	2025/10/07	2025/09/29	BANCO DE BOGOTA	\$220,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,900	\$0	\$0	\$113,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$113,900	\$0	\$0	\$113,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,400	\$0	\$0	\$17,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$17,400	\$0	\$0	\$17,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$89,000	\$0	\$0	\$89,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$89,000	\$0	\$0	\$89,000	
TOTAL				1	\$220,300	\$0	\$0	\$220,300	

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-09-01	Hasta:	2025-09-14	
Nombre del Contratista:	STEFANNY ALEJANDRA VERA MARTINEZ		Número de Documento:	1030600323	
Correo Electrónico:	stefanny.vera.martinez@gmail.com		Número Telefónico:	3147608609	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	6104-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	28
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A53VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	87	0	10577	\$920199	93.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 920199	NOVECIENTOS VEINTE MIL CIENTONOVENTA Y NUEVE PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-07-07		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-20	2025-12-31	1	\$ 7583709	1159
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JULIO		\$ 1353856	
2		AGOSTO		\$ 1967322	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------

\$ 3606757		\$ 11190466	\$ 3321178	\$ 7869288
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Prestar servicios de apoyo en procesos administrativos, logísticos y operativos del área.	Realizar seguimiento a las cohortes en el aplicativos garantizando la vacunación de los niños de las bases de datos, según metas programadas.	Bases de datos diarias.	
2	Diligenciar la documentación propia del área.	Apoyo en la validación en el sistema Pai web y Distrital, apoyo en la elaboración de carnet de mi vacuna y/o carnet internacional,	Transcripción de Carnets	
3	Elaborar y entregar los informes solicitados, realizando su respectivo seguimiento.	Apoyo en elaboracion de informe final para entrega a secretaria de salud y centro de apoyo, manejo de archivo	Formato impreso	
4	Mantener la reserva y confidencialidad de la información	Manipular con responsabilidad y confiabilidad los documentos entregados por el personal de vacunación.	Manejo de la información unicamente dentro del centro de salud	
5	Consolidar las bases de datos de información de acuerdo a pertinencia	Realizar comparativos de lo aplicado en el aplicativo con la base excel que se maneja	Plantilla 151 -150 pai	
6	Apoyar la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en cada uno de los procesos de la institucion.	Apoyo de jornadas de vacunacion, seguimientos a la cohorte de vacunacion	Segumiento del aplicativo	
7	Digitar y validar los datos generados de los procesos asignados	Transcribir los consentimientos de VPH y COVID	Base de Datos de Excel	
8	Generar seguimiento a bases de datos suministradas por el proceso	Seguimiento a cohortes y seguimientos a bases del punto de vacunacion	Seguimiento Aplicativo	
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Apoyar las diferentes aéreas del servicio de consulta externa	Canalización para los diferentes servicios que se prestan en la unidad	

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 1967322
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9490667599	-			
2025	AGOSTO	2025	09	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 786929	\$ 125909		\$ 227800
Salud					SALUD TOTAL		\$ 98366		\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 19170		\$ 34700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 228383		\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	022610323	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					STEFANNY ALEJANDRA VERA MARTINEZ			2025-09-24 15:26:40	
RECHAZADO SUPERVISOR					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-09-27 07:26:20	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					STEFANNY ALEJANDRA VERA MARTINEZ			2025-09-29 16:03:35	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-09-29 16:07:05	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-09-30 13:31:38	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-09-30 13:31:38	

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS