

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULADY MARTINEZ FIGUEREDO		CC:	1023866357	
CORREO ELECTRÓNICO:	juladymartinez96@gmail.com		TELÉFONO:	3102142542	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31G SUR 1 49		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488441732861

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5889 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.086.862
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



JULADY MARTINEZ FIGUEREDO

PS_5889_2025_2A42CC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULADY MARTINEZ FIGUEREDO

CC: 1023866357

CEL: 3102142542

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JULADY MARTINEZ FIGUEREDO

CON C.C N°

1.023.866.357

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5889 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/08
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.458.819	No. HORAS EJECUTADAS	202
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.479.644	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.086.862
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

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 | 1. REALIZAR LA RONDA DIARIA POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA UNIDAD PARA CAPTAR EVENTOS Y RECOGER FICHAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN. |
| 2 | 2. DESCARGA DE REPORTE DE FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL |
| 3 | 3. DESCARGA DE RIPS DIARIOS PARA BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL |
| 4 | 4. REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y DIFERENTES APLICATIVOS COMO: PAI, GEO CODIFICADOR DE DIRECCIONES, COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES, PARA LA REALIZACIÓN DE PRE CRITICA A CADA UNA DE LAS FICHAS ENCONTRADAS |
| 5 | 5. SUBIR LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN DIARIAMENTE AL APLICATIVO SIVIGILA. |
| 6 | 6. LOS DÍAS LUNES REALIZAR NOTIFICACIÓN SEMANAL, GENERAR ARCHIVOS PLANOS Y ENVIAR A LA CONSOLIDADORA ANTES DE LAS 9:00 DEL DÍA. ADEMÁS DE LAS FICHAS DE LOS SUBSISTEMAS SIVIM, SIVELCE, SIVISTRA Y SISVECOS |
| 7 | REALIZAR LA RETROALIMENTACIÓN A CADA UNO DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN, ASÍ COMO, REPORTAR LAS FALLAS O ERRORES EN LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN |
| 8 | 8. RETROALIMENTAR AL PERSONAL DE LA UNIDAD |
| 9 | 9. VERIFICAR LA TOMA DE MUESTRAS DE LOS PACIENTES NOTIFICADOS DE ACUERDO AL EVENTO |

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90250873	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr 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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p><i>JULADY MARTINEZ FIGUEREDO</i> <i>PS_5889_2025_2A42CC</i></p> <hr/> <p>JULADY MARTINEZ FIGUEREDO CC: 1023866357</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS</i> <i>PS_5889_2025_2A42CC</i></p> <hr/> <p>ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS SUPERVISOR ALTERNO</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</i> <i>PS_5889_2025_2A42CC</i></p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

- 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
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 5889 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5889 2025 6-10-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 5889 2025 CRP-21055.pdf	1 PS 5889 2025 CRP-21055.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5889 2025-SEPTIEMBRE.pdf	PS 5889 2025-SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5889 2025-JULIO.pdf	PS 5889 2025-JULIO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5889 2025-AGOSTO.pdf	PS 5889 2025-AGOSTO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)