7:25

Editar
secop.gov.co

inistración de contratos → **Ver contrato**

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		
☐	PS 2272 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2272 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2272 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2272 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (31).pdf	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (31).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (80).pdf	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (80).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2272 2025 CRP-4683.pdf	1 PS 2272 2025 CRP-4683.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2272 2025 CRP-15351.pdf	2 PS 2272 2025 CRP-15351.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (24).pdf	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (24).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2722 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (18).pdf	PS 2722 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (18).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2272 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2272 2025 CRP-17841.pdf	3 PS 2272 2025 CRP-17841.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_2272_2025_ CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS_2272_2025_ CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_2272_2025_CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS_2272_2025_CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_2272_2025_CUENTA DE COBRO_ OCTUBRE.pdf	PS_2272_2025_CUENTA DE COBRO_ OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_2272_2025_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf	PS_2272_2025_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner

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 51966129		FLOREZ MALAVER LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 49 15A 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8002459	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000000572	9493620336	I	2025/12/09	2025/11/13	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/11/13 03:21 PM

All PDF Reader

Powered by CamScanner

1	conforme a al objeto contractual y las necesidades del servicio. 19. Se apoya en actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (dispositivos e insumos). 20. Se cumplió con el uso del uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495121201	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*LUZ STELLA FLOREZ MALAVER* *PS_2272_2025_F80D51* **LUZ STELLA FLOREZ MALAVER** **CC: 51966129**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYERLI MARTINEZ HERRERA* *PS_2272_2025_F80D51* **MAYERLI MARTINEZ HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**

Powered by CamScanner

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LUZ STELLA FLOREZ MALAVER			
	CON C.C N°	**51.966.129**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2272 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.403.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.295.360	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.793.040
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. Se recibió y entregó turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad. 3. Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico de forma oportuna, garantizando su traslado de forma adecuada. 4. Se cumplió con el uso adecuado de los elementos de bioseguridad. 5. Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.). 6. Se realizó el traslado de los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. 7. Se respondió por el inventario que me fue asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo la actividad. 8. Se realizó la limpieza y desinfección de acuerdo al protocolo institucional, de los elementos y equipos biomédicos asignados. 9. Se cumplió con, conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica. 10. asistí a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con mis actividades. 11. Se informó oportunamente sobre daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. 12. Se informó oportunamente al referente del proceso sobre los inconvenientes que se presentaron con pacientes, muestras y equipos. 13. Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin. 14. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes, valoraciones y traslados requeridos de forma oportuna y segura, dentro del ciclo de atención. 15. Se garantiza un trato con calidez y calidad al paciente, familia y equipo de trabajo, dando una atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana. 16. Se participó en las actividades de código rojo, código azul y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes. 17. Se realiza diligenciamiento de la hoja de ruta en las diferentes actividades realizadas y se hace entrega del formato debidamente diligenciado de forma semanal a la coordinación de enfermería. 18. Se realizaron las actividades propias de mi oficio,

Powered by CamScanner

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
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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUZ STELLA FLOREZ MALAVER**			**CC:**	**51966129**
CORREO ELECTRÓNICO:	**STELINPINGUIN@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3133071606**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 49 SUR 15A 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102577228**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2272 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.793.040**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LUZ STELLA FLOREZ MALAVER
PS_2272_2025_F80D51

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ STELLA FLOREZ MALAVER
CC: 51966129
CEL: 3133071606

Powered by CamScanner

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2272_2025_F80D51* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Powered by CamScanner