

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA MILENA TORRES GONZALEZ		CC:	1013654166
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURATORRESG64@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3144386484
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 59 SUR 52 24		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 004800373351

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7949 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.800.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/02/28
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



LAURA MILENA TORRES GONZALEZ
 PS_7949_2025_D9B787

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LAURA MILENA TORRES GONZALEZ

CC: 1013654166

CEL: 3144386484

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

LAURA MILENA TORRES GONZALEZ

CON C.C N°

1.013.654.166

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO LIDER UNIDAD FUNCIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH 8523636 2025

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7949 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.626.667	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.546.667	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.800.000
---	---------------	--	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	REALICÉ SEGUIMIENTO AL DESARROLLO DEL CONVENIO PROPENDIENDO POR EL BUEN DESARROLLO DE LOS INDICADORES DEL MISMO.
2	REALICÉ ENTREGA DE INFORMES REQUERIDOS EN MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO DURANTE LOS 31 DÍAS, A LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD Y DEMÁS ENTIDADES Y ÁREAS QUE SE REQUIERAN
3	REALICÉ LA PROYECCIÓN DE LAS RESPUESTAS A LOS ENTES DE CONTROL, USUARIOS, PETICIONARIOS DURANTE LOS 31 DÍAS Y DEMÁS QUE SE REQUIERAN.
4	REALICÉ SEGUIMIENTO A LAS NOVEDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS ASOCIADAS AL DESEMPEÑO DE LAS TRIPULACIONES DEL CONVENIO, REALIZANDO LOS REPORTES DURANTE LOS 31 DÍAS , SEGUIMIENTOS Y PLANES DE MEJORA A QUE HAYA LUGAR Y DEMÁS PROGRAMAS INMERSOS EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
5	ELABORÉ DE AGENDAS Y SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DE LAS TRIPULACIONES Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN MARCO DEL APOYO A LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS EN LA SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS DURASNTE LOS 31 DÍAS
6	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO DE APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1078772699	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/13	\$ 340.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/13	\$ 435.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/13	\$ 66.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 841.500

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 ibr 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	 <p align="center"><i>LAURA MILENA TORRES GONZALEZ</i> <i>PS_7949_2025_D9B787</i></p> <hr/> <p>LAURA MILENA TORRES GONZALEZ CC: 1013654166</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p align="center"><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7949_2025_D9B787</i></p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-01-28, 12:53:54 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 1078772699

Periodo Cotización 202512

Periodo Servicio 202512

PAGADA 2026-01-13 22:04:48.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA MILENA TORRES GONZALEZ				
Documento	CC 1013654166	Dirección	CL 58F SUR #48 B - 62		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7171195		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1013654166		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00							
						TORRES GONZALEZ LAURA MILENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales											
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP				VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARPA	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	30				16 %	\$ 2.720.000	\$ 435.200	\$ 0	\$ 0	EPS037		12,5 %	\$ 2.720.000	\$ 340.000	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 2.720.000	\$ 66.300	CCF21	2 %	\$ 2.720.000	\$ 54.400	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 435.200	\$ 0	\$ 0	\$ 340.000	\$ 66.300	\$ 54.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 895.900





Búsqueda | Procesos | **Contratos** | Proveedores | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

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](#)

Documento del contrato cargado

[Volver](#)

[Imprimir](#)

[Modificar](#)

<

>

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fa
------------	-------------------	------------------	--------------------	--------------------------	----------------------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados



Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	16.546.667,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	16.546.667,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	16.546.667,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 7949 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7949 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 7949 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7949 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle