

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS | | CC: | 53016329 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | pacontrerasf13@gmail.com | | TELÉFONO: | 3222178578 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | kr 1 b 22 d sur 53 torre 5 apto 603 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO CAJA SOCIAL | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 24058050961 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 4589 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.511.584 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/02/06 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS
PS_4589_2025_ED036C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS

CC: 53016329

CEL: 3222178578

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

JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS

CON C.C N°

53.016.329

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4589 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/02/06 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 10.396.656 | No. HORAS EJECUTADAS | 178 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 46.459.440 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.511.584 |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOCE (12) MESES

| | |
|------------------------------------------------------|----------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD BRAVO PAEZ |
|------------------------------------------------------|----------------------------|

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA |
|-------------------------------|--------------------------------|

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 | Realizar toma de citologías en mujeres según lineamientos, garantizando registro y entrega oportuna de resultados. |
| 2 | Ejecutar colocación y retiro de implantes subdérmicos, asegurando consejería previa, consentimiento informado y educación posterior. |
| 3 | Brindar atención integral a gestantes, incluyendo apertura de control prenatal, seguimiento de riesgo y aplicación de vacunas del PAI. |
| 4 | Tomar pruebas rápidas (VIH, sífilis, hepatitis, etc.), con registro inmediato, entrega de resultados y orientación post-prueba. |
| 5 | Desarrollar controles de crecimiento y desarrollo en niños, evaluando estado nutricional, neurodesarrollo y esquema de vacunación. |
| 6 | Realizar seguimientos telefónicos y presenciales a usuarios de programas institucionales (PAI, materno perinatal, planificación, crónicos). |
| 7 | Registrar en los sistemas de información (PAIWEB, RIPS, historias clínicas electrónicas) todas las actividades y seguimientos realizados. |
| 8 | Orientar a los usuarios en autocuidado y adherencia a los programas de salud (gestantes, niños, planificación, enfermedades crónicas). |
| 9 | Elaborar informes de gestión y cobertura de actividades realizadas en citologías, planificación, gestantes, pruebas rápidas y PAI. |
| 10 | participar en actividades de promoción y prevención comunitaria, fortaleciendo la captación y permanencia de usuarios en los programas. |

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° 1077959403 | OPERADOR: | SIMPLE |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/01/05 | \$ 183.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/01/05 | \$ 234.900 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/01/05 | \$ 35.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 454.200 |

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



JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS

PS_4589_2025_ED036C

JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS

CC: 53016329

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_4589_2025_ED036C

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Historia Clínica - DOW | ComprobantePago (5).pdf | 1. Enero 2026.xlsx - Hojas de cálculo | SIGCO | Editar

secop.gov.co/COIContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View/docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.14438888

Inicio sesión | YouTube | Correo UN | Subred Centro Orie... | Área personal | Secretaría Distrital d... | https://portal.capita... | Comprobador de D... | Consulte su EPS | Avantage PACS | GEORREFERENCIAC... | DOW

Ejecución del Contrato

¿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"/> PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4589 2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 4589 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4589 2025 - 2.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 4589 2025 - 2.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | PS 4589 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 4589 2025 CRP 27-05-2025.pdf | PS 4589 2025 CRP 27-05-2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 4589 -2025 JULIO.pdf | PS 4589 -2025 JULIO.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 4589 -2025 AGOSTO.pdf | PS 4589 -2025 AGOSTO.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 4589 2025 CRP-15017.pdf | 2 PS 4589 2025 CRP-15017.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 4589 2025 CRP-18759.pdf | 3 PS 4589 2025 CRP-18759.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS-4589-JUNIO.pdf | PS-4589-JUNIO.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS-4589-2025 SEPTIEMBRE.pdf | PS-4589-2025 SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS_4589_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf | PS_4589_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS_4589_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf | PS_4589_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE.pdf | CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE DICIEMBRE.pdf | CUENTA DE COBRO MES DE DICIEMBRE.pdf | Proveedor Descargar Detalle |

Sumar [Cargar nuevo](#)

Cancelar [Evaluación de la Entidad Estatal](#)

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#) [Español \(Colombia\)](#)

018800 63 8888 www.colombiacompra.gov.co/portal Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

12:26 p.m. 26/01/2025



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-26, 12:17:33 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077959403

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

Referencia pago

8823448326

PAGADA 05/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---------------------|---------------------------------|----------------|---------------------|
| Razón Social | JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS | | |
| Documento | CC53016329 | Dirección | CR 9 ESTE #30 - 81 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3222178578 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | | |
|----------------|---------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------------|----------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|-----------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COB | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 53016329 | JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | \$1,467,763 | \$234,900 | (EPS008) COMPENSAR EPS | \$1,467,763 | \$183,500 | 2.436 | \$1,467,763 | \$35,800 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$454,200 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$1,467,763 | \$1,467,763 | \$1,467,763 | \$0 | \$234,900 | \$183,500 | \$35,800 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$454,200 | \$0 | \$454,200 |

