

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

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 2026/02/01 AL 2026/02/28		



LAURA MILENA TORRES GONZALEZ  
PS\_7949\_2025\_5C1017

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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
-----------------------------	---

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.626.667	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 23.346.667	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.800.000
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO (4) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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 LA ENTREGA DE INFORMES REQUERIDOS EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO DURANTE LOS 28 DÍAS, A LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD Y DEMÁS ENTIDADES Y ÁREAS QUE SE REQUIEREN
3	REALICÉ LA PROYECCIÓN DE LAS RESPUESTAS A LOS ENTIDADES DE CONTROL, USUARIOS, PETICIONARIOS DURANTE LOS 28 DÍAS Y MÁS QUE SE REQUIERAN
4	REALICÉ SEGUIMIENTO A LAS NOVEDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS ASOCIADAS AL DESEMPEÑO DE LAS TRIPULACIONES DEL CONVENIO, REALIZANDO LOS INFORMES DURANTE LOS 28 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 EL MARCO DEL APOYO A LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS EN LA SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS DURASNTE LOS 28 DÍAS
6	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES AL 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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1078772865	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>

SALUD:	NUEVA EPS	2026/02/11	\$ 340.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	\$ 435.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/11	\$ 66.300
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 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 ibc 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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**



*LAURA MILENA TORRES GONZALEZ*

*PS\_7949\_2025\_5C1017*

**LAURA MILENA TORRES GONZALEZ**

**CC: 1013654166**

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



*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS*

*PS\_7949\_2025\_5C1017*

**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-24, 03:28:41 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 1078772865

Periodo Cotización 202601

Periodo Servicio 202601

## PAGADA 2026-02-11 19:25:27.0 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

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

### II. DATOS DEL AFILIADO

<b>Documento</b>	CC 1013654166	<b>Residente</b>		<b>Exonerado</b>	N	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código Ciudad - Departamento</b>	<b>Centro de Trabajo</b>	<b>Ubicación Laboral</b>
<b>Tipo Cotizante</b>	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	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				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
																		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

### 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	



PS 7949 2025 CUENTA DE COBRO  
ENERO 2026.pdf

PS 7949 2025 CUENTA DE COBRO  
ENERO 2026.pdf

Comprador

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Documento del contrato cargado