

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671045	JULIO CESAR PARRA MORENO		carrera 24b #13-12 sur	3012985244	juliocesarparra96@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82485223	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.131.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	457.100	0		0		0	0	0	0	457.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	585.100	0	0	0	0	0	0		585.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	89.100				89.100	0	0	89.100			891	89.100	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	457.100	457.100
Pensión	1	585.100	585.100
Riesgos Laborales	1	89.100	89.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.131.300	1.131.300

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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? Si 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"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 2827 2026 CRP -9625.pdf	1 PS 2827 2026 CRP -9625.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL--.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL--.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

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

[Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >

xto original
 lora esta traducción
 opinión servirá para ayudar a mejorar el Traductor de Google

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO CESAR PARRA MORENO		CC:	1013671045	
CORREO ELECTRÓNICO:	julioparra96@hotmail.com		TELÉFONO:	3012985244	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24B 13 12 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488412069558

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2827 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 10.284.300
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JULIO CESAR PARRA MORENO
PS_2827_2026_7796C8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIO CESAR PARRA MORENO

CC: 1013671045

CEL: 3012985244

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

JULIO CESAR PARRA MORENO

CON C.C N° 1.013.671.045

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2827 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.338.960	No. HORAS EJECUTADAS	270
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.023.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.284.300
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA
--	-------------------------------

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 | 1. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE LA ESPECIALIDAD, BRINDANDO ATENCION OPORTUNA, INTEGRADA, CONTINUA Y HUMANIZADA QUE INCLUYA SEGUIMIENTO, CONTROL Y EMISION DE CONCEPTOS MEDICOS, GARANTIZANDO LA AUTONOMIA INSTITUCIONAL Y LA COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES REQUERIDAS |
| 2 | 2. INFORMAR CLARA Y OPORTUNAMENTE AL PACIENTE, SU FAMILIA Y EQUIPO DE SALUD SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, RECOMENDACIONES Y NOVEDADES. REALIZAR ENTREGA DE TURNO PRESENCIAL MEDIANTE RONDA MEDICA, ASEGURANDO LA CONTINUIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCION |
| 3 | 3. REALIZAR ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE MANERA PRESENCIAL SEGUN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO, ESTABLECIDOS EN PROTOCOLO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE SUBRED CENTRO ORIENTE |
| 4 | 4. REGISTRAR DE MANERA COMPLETA, OPORTUNA Y SISTEMATIZADA TODAS LAS ACTIVIDADES EN LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES, INCLUYENDO HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y REPORTES. EN CASO DE FALLAS DEL SISTEMA, UTILIZAR LOS FORMATOS DE CONTINGENCIA ESTABLECIDOS, GARANTIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD, INTEGRIDAD Y RESPALDO DOCUMENTAL MEDIANTE FIRMA Y SELLO PROFESIONAL. ADEMAS, EL PROFESIONAL DEBE ANEXAR EL NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA DINAMICA GERENCIAL, TALES COMO TRIAGE, ATENCION INICIAL DE URGENCIAS, EVOLUCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS Y FICHAS DE NOTIFICACION |
| 5 | 5. RESPETAR DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR CON EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y DISPOSICIONES LEGALES, ASI COMO ADHERIRSE A PROTOCOLOS, GUIAS, POLITICAS INSTITUCIONALES Y MARCO NORMATIVO VIGENTE QUE RIGE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS |
| 6 | 6. GARANTIZAR EL ADECUADO USO, CUSTODIA, FUNCIONAMIENTO, REPARACION Y REPOSICION DE EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, REPORTANDO LOS ACTIVOS SEGUN NORMATIVA INSTITUCIONAL |
| 7 | 7. COLABORAR ACTIVAMENTE EN LA IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE POLITICAS DE CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTION DEL RIESGO, ACREDITACION Y OTROS SISTEMAS DE GARANTIA DE CALIDAD, INCLUYENDO LA NOTIFICACION Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y OBLIGATORIOS |
| 8 | 8. PARTICIPAR EN CAPACITACIONES, REUNIONES, COMITES, SUPERVISIONES INTERNAS Y EXTERNAS, CUMPLIENDO OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS DERIVADOS DE ESTOS PROCESOS, ASI COMO APOYAR ACTIVIDADES Y REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES |
| 9 | 9. CUMPLIR CON DILIGENCIAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO DE DOCUMENTOS PARA PROCESOS DE COSTOS, FACTURACION, CERTIFICADOS LEGALES (FICHAS DE NOTIFICACION, DEFUNCION, MIPRES), RESPONDER A RECLAMACIONES Y OBJECIONES PARA EVITAR GLOSAS, Y GARANTIZAR LA ENTREGA OPORTUNA DE CUENTAS DE COBRO Y EL PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL. |
| 10 | 10. APOYAR LA GESTION INTEGRAL EN EL AREA DE URGENCIAS, REPORTAR CENSOS, GESTIONAR LIBERACION Y FLUJO DE CAMILLAS Y CAMAS, DESARROLLAR, ELABORAR GUIAS Y PLANES PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES. |
| 11 | 11. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR SOBRE CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE LA PRESTACION DEL SERVICIO, INCLUYENDO AUSENCIAS O CAMBIOS EN PROGRAMACION, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD Y ADECUADA |

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 82485223	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 457.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 585.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 89.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.131.300

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, 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	 <p><i>JULIO CESAR PARRA MORENO</i> PS_2827_2026_7796C8</p> <hr/> <p>JULIO CESAR PARRA MORENO CC: 1013671045</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> PS_2827_2026_7796C8</p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>