

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>JULIE ANDREA TORRES RIVERA</b>		<b>CC:</b>	<b>1022936163</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>JULIEANDREATORRESRIVERA@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3219092586</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>KR 32 64B 04 SUR</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA S.A.</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>488423941175</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 2102 2026</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 2.530.000</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/06/30</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31</b>		



*JULIE ANDREA TORRES RIVERA*  
*PS\_2102\_2026\_7D8B84*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JULIE ANDREA TORRES RIVERA**

**CC: 1022936163**

**CEL: 3219092586**

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

**JULIE ANDREA TORRES RIVERA**

**CON C.C N°**

**1.022.936.163**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2102 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.411.600	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>200</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 12.865.050	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.530.000
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ
-------------------------------	-------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

- |    |   |
|----|---|
| 1  | Organice el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno  |
| 2  | Cumpli con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales  |
| 3  | Realice actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.  |
| 4  | Ejecute procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas   |
| 5  | Realice las curaciones a los usuarios tanto hospitalizados como ambulatorios que requieren manejo en el Programa de Clínica de Heridas  |
| 6  | Verifique medidas preventivas de eventos adversos e identificar riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten  |
| 7  | Administre y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas en el Programa utilizando técnicas de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad   |
| 8  | Realice las curaciones oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, reportar a médico tratante y coordinadores cualquier dificultad presentada con la atención del paciente  |
| 9  | Vele por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.   |
| 10 | Respondi por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio   |
| 11 | Asisti a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución   |
| 12 | Respondi oportunamente las interconsultas que se realizan desde los servicios a los pacientes hospitalizados  |
| 13 | Realice procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 8383271602	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/19	\$ 219.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/19	\$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.600

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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>JULIE ANDREA TORRES RIVERA</i>  <i>PS_2102_2026_7D8B84</i></p> <hr/> <p><b>JULIE ANDREA TORRES RIVERA</b>  <b>CC: 1022936163</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</i>  <i>PS_2102_2026_7D8B84</i></p> <hr/> <p><b>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JULIE ANDREA TORRES RIVERA  
**No. Identificación:** CC1022936163  
**Dirección:** CARRERA 32 NO 64 B - 04 SUR  
**Telefono:** 3219092586  
**Correo:** julieandreatorresrivera@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8383271602

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

<b>Nombre Aportante</b>	JULIE ANDREA TORRES RIVERA	<b>Número de Empleados</b>	1
<b>Tipo y número de identificación</b>	CC1022936163	<b>Periodo de Cotización Salud</b>	abril de 2026
<b>Número de planilla</b>	8383271602	<b>Periodo de Cotización Pensión</b>	abril de 2026
<b>Fecha pago</b>	2026-05-19	<b>Número de Administradoras</b>	3
<b>Número de autorización pago</b>	93004553	<b>Total Pagado</b>	543600
<b>Banco</b>	1023	<b>Total Intereses de Mora</b>	1800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230301	Porvenir	281100	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	219600	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1022936163  
 APELLIDOS Y NOMBRES: JULIE ANDREA TORRES RIVERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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](#)

### Datos guardados

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		
<input type="checkbox"/>	1 PS 2102 2026 CRP -8981.pdf	1 PS 2102 2026 CRP -8981.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1. PS 2102 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 2102 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2. PS 2102 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 2102 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3. PS 2102 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 2102 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



### Datos guardados