

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELSY ROCIO HUERTAS ROMERO			CC:	1012330061
CORREO ELECTRÓNICO:	NRHUERTASR@UNAL.EDU.CO			TELÉFONO:	3143745759
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 26 74 AP 707			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	15475206590
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2081 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.607.940	
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				
 NELSY ROCIO HUERTAS ROMERO PS_2081_2026_C2FDC8 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELSY ROCIO HUERTAS ROMERO CC: 1012330061 CEL: 3143745759					

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

NELSY ROCIO HUERTAS ROMERO

CON C.C N°

1.012.330.061

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA FISIATRA 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 2081 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21.439.200	No. HORAS EJECUTADAS	18
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.439.200	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.607.940
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ
------------------------	-------------------------------

ITEM	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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participe en la programación de actividades del área.
5	En el mes de mayo no reporte eventos de notificación obligatoria ya que no se presentaron.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	En el mes de mayo no realice notificación de sucesos de calidad ya que no se presentaron en el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11	REALIZO 18 HORAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN, SE PROGRAMAN 36 CUPOS PARA CONSULTAS.

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° 9502203476	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	UNISALUD	2026/04/21	\$ 575.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/21	\$ 736.000

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/21	\$ 112.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.423.100
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 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	 NELSY ROCIO HUERTAS ROMERO PS_2081_2026_C2FDC8 NELSY ROCIO HUERTAS ROMERO CC: 1012330061		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ PS_2081_2026_C2FDC8 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF					
CC 1012330061		HUERTAS ROMERO NELSY ROCIO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		AV CL 6 # 26 74		BOGOTA-BOGOTA D.E.		4728305		No					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave			Tipo	Fecha			Pago										
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco		Días Mora		Valor			
2026-04	2026-04	240989868		9502203476		I		2026/05/15		2026/04/21		BANCOLOMBIA		0		\$1,450,700			
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$4,600,000	\$736,000			\$4,600,000	\$575,000			\$4,600,000	\$27,600			\$4,600,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$4,600,000	\$736,000			\$4,600,000	\$575,000			\$4,600,000	\$27,600			\$4,600,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$4,600,000	\$736,000			\$4,600,000	\$575,000			\$4,600,000	\$27,600			\$4,600,000	
1	CC	1012330061	HUERTAS NELSY	230201	30	\$4,600,000	\$736,000	RES008	30	\$4,600,000	\$575,000	CCF24	30	\$4,600,000	\$27,600	14-23	30	\$4,600,000	
Total		Afiliados(1)				\$4,600,000	\$736,000			\$4,600,000	\$575,000			\$4,600,000	\$27,600			\$4,600,000	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012330061		HUERTAS ROMERO NELSY ROCIO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	AV CL 6 # 26 74	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4728305	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2026-04	2026-04	240989868	9502203476	I	2026/05/15	2026/04/21	BANCOLOMBIA	0	\$1,450,700	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$736,000	\$0	\$0	\$736,000		
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$736,000	\$0	\$0	\$736,000		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$112,100	\$0	\$0	\$112,100		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$112,100	\$0	\$0	\$112,100		
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$27,600	\$0	\$0	\$27,600		
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$27,600	\$0	\$0	\$27,600		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$575,000	\$0	\$0	\$575,000		
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	\$575,000	\$0	\$0	\$575,000		
TOTAL				1	\$1,450,700	\$0	\$0	\$1,450,700		

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

5

6

7

8

9

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		
☐	1. PS 2081 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 2081 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2081 2026 CRP -8960.pdf	1 PS 2081 2026 CRP -8960.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 2081 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 2081 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 2081 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 2081 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >