| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 53.000.077 | | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION | | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3267 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | 1/01/2025 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 14.926.500 | PLAZO INICIAL DEL | TRES (3) MESES | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 14.926.500 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 4.975.500 | | |
| Nº DE INFORME: | 2 | Nº CRP: | 5099 | Nº CDP: | 2 | |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | TRES (3) MESES | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA SEDE ADMINISTRATIVA | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MARIA LORENA ROJAS STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACIÓN | | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | |
| Nº DE MODIFICACIONES DEL | N/A | TIPO DE MODIFICACIÓN: | ADICIONES | (NUMERO) | PRORROGAS | (NUMERO) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: |
| **III. POLIZAS** | | | | | | |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X | | |
| Nº DE PÓLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | | | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | | FECHA DE APROBACIÓN: | | | | |

| ITEM | IV. 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 | REVISIÓN DE CARPETAS DE DOCUMENTOS DE LAS ÁREAS DIRECCIÓN HOSPITALIZACIÓN 2025 |
| 2 | RADICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN 2025 |
| 3 | REVISION DE DOCUMENTACIÓN EN SIDEAP PARA PERSONAL DE HOSPITALIZACIÓN |
| 4 | REVISIÓN Y PROGRAMACIÓN DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS PARA PERSONAL EN SELECCIÓN MASIVA 2025 |

| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9481093034 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | COMPENSAR | 4/02/2025 | $ | 248.800,00 |
| PENSION: | PORVENIR | 4/02/2025 | $ | 318.500,00 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 4/02/2025 | $ | 48.500,00 |
| OTRO | | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ | 615.800,00 |

**VI. 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

**JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ**
**CC:53000077**
**CEL:3154152535**

| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2024) | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ | CC: | 53000077 |
| | | RUT (NIT): | 53000077-1 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | profesionalseleccion2@subredcentrooriente.gov.co | TELÉFONO: | 3154152535 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | calle 131a N°53b - 91 int 3 apto 601 | CIUDAD: | Bogotá |

| Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024. | |
|---|---|
| NO tomaré costos y deducciones | ( X) |
| SI tomaré costos y deducciones | ( ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del

| | | |
|---|---|---|
| **Regimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |

| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 228135794 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 3267 2025 | N° CDP: | 2 | N°. RP: | 5099 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 1/01/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/03/2025 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.926.500 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ | | | | | 4.975.500 |
| | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE | | | | | |

JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ
C.C 53000077
cel: 3154152535

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **53.000.077** | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3267 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **1/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | 14.926.500,00 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | 14.926.500,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | 4.975.500,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (2 de 2) | **N° CRP INICIAL:** | 5099 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 2 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | AFILIADO | | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - SELECCIÓN | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA SEDE ADMINISTRATIVA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA LORENA ROJAS STRAHLEN -DIRECTORA DE CONTRATACIÓN | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° ( ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | ADICION ( ) | PRORROGA ( ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **N° DE PÓLIZA:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | XX | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | XX | |

**IV. 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 ( 01/02/2025) AL (28/02/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN<br>**CARGO:**<br>DIRECTORA DE CONTRATACIÓN |

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53000077 | | VALDELAMAR JIMENEZ JULIET ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 131 A No 53 B 91 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2588566 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 9481093034 | 9481093034 | I | 2025/02/19 | 2025/02/04 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $615,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $0 | $0 | | | $1,990,200 | | $48,500 | | $0 | $0 | | $615,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $0 | $0 | | | $1,990,200 | | $48,500 | | $0 | $0 | | $615,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $0 | $0 | | | $1,990,200 | | $48,500 | | $0 | $0 | | $615,800 |
| 1 | CC 53000077 | VALDELAMAR JULIET | | 23030 1 | 30 | $1,990,200 | $318,500 | EPS008 | 30 | $1,990,200 | $248,800 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,990,200 | 2.436% | $48,500 | 0 | $0 | $0 | No | $615,800 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $0 | $0 | | | $1,990,200 | | $48,500 | | $0 | $0 | | $615,800 |


| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53000077 | | VALDELAMAR JIMENEZ JULIET ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 131 A No 53 B 91 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2588566 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 9481093034 | 9481093034 | I | 2025/02/19 | 2025/02/04 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $615,800 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $318,500 | $0 | $0 | $318,500 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $318,500 | $0 | $0 | $318,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $48,500 | $0 | $0 | $48,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $48,500 | $0 | $0 | $48,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $248,800 | $0 | $0 | $248,800 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $248,800 | $0 | $0 | $248,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $615,800 | $0 | $0 | $615,800 |



2025/02/08 11:10 PM