CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ							
NUMERO 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 DE						
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:	3	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 MODIFICACIÓNES DEL	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		POSITIVA			
FECHA DE LA PÓLIZA	31/10/2024	FECHA DE APROBACIÓN:		31/12/2025			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	REVISION 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
5	VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DE TÉCNICO, PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS DE LAS DIRECCIONES DE HOSPITALIZACIÓN, GESTIÓN DE RIESGO Y ADMINISTRATIVOS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482605891	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	3/06/2025	$248.800,00
PENSIÓN:	PORVENIR	3/06/2025	$318.500,00
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	3/06/2025	$48.500,00
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ROCIO VALDELAMAR JIMÉNEZ
CC:53000077
CEL:3154152535

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (20/03/2025)

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 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					14.926.500
	CATORCE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE					

JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ
C.C 53000077
cel: 3154152535

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 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. INFORMACIÓN 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	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(3 de 3)	Nº CRP INICIAL:	5099	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482605891		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							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICIÓN ( )	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	
Nº 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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	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
2025-02	2025-02	9482605891	9482605891	I	2025/03/19	2025/03/06	BANCO DE BOGOTA	0	$615,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$0	$0			$1,990,200	$48,500		$0	$0
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
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
1	CC	53000077	VALDELAMAR JULET	230301	30	$1,990,200	$318,500	EPS008	30	$1,990,200	$248,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,990,200	$48,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$0	$0			$1,990,200	$48,500		$0	$0