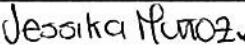


25	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1071828459	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	09/04/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	09/04/2025	\$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/04/2025	\$	34.700
OTRO	CCF	09/04/2025	\$	28.500
TOTAL PAGADO			\$ 469.000	
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 ibe 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 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 periodo correspondiente				
 JESSIKA ANDREA MUÑOZ FRANCO C.C: 1010195201 CEL: 3125228995				



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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSIKA ANDREA MUÑOZ FRANCO	CC:	1010195201
CORREO ELECTRÓNICO:	JEKANDE2611@HOTMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 38 A 2B 40	TELÉFONO:	3125228995
		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 decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	9070304085
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 2431 2025	N°. CDP:	1265	N°. RP:	15399	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 28 DIAS
------------------	--------------	----------	------	---------	-------	--

FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14268660
--------------------------	------------	--------------------------------	------------	---

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025
--------------------------	-----------------------------

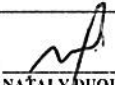
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.604.420
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Jessika Muñoz

JESSIKA ANDREA MUÑOZ FRANCO

1010195201

3125228995

	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 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
JESSIKA ANDREA MUÑOZ FRANCO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.010.195.201		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2431 2025	FECHA INICIO CONTRATO 02/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.268.660	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.604.420
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL: 6856 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	5 MESES Y 28 DIAS	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071828459	OPERADOR: SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):
VALOR ADICIONADO	\$ 4.474.260	CDP DE LA ADICIÓN: 1265 RP DE LA ADICIÓN: 15399 TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
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:
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:
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)		
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 1/05/2025 al 31/05/2025		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20
		 WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria

[illegible]

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-27, 09:00:32 PM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1071828459

Periodo Cotización: abril de 2025 Período Servicio: abril de 2025

PAGADO 09/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JESSIKA ANDREA MUNOZ FRANCO
Documento	CC1010195201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

Dirección	CR 38A #2 B - 40
Teléfono	3125228995
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subgrupo Cotizante	ING	RET	TGE	VAB	VAP	GOR	LOE	MA	VA	WST	IRP	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF	QAF

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1 423 500	IBC Salud	\$ 1 423 500	IBC Riesgos	\$ 1 423 500	IBC Cajas	\$ 1 423 500	Aportes Pensión	\$ 227 800	Aportes Salud	\$ 178 000	Aportes Riesgos	\$ 34 700	Aportes Cajas	\$ 28 500	Aportes Sena	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	(Incapacidades, Licencias, Salidas y Faltas) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 469 000	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 469 000
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	--------------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

