

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIANA ORTIZ MARIN			CC:	1073512492	
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIANITHA.ORTIZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3246811022	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 85A 52A 16 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	123617763	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5246 2025	N° CDP:	2502	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/22	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.510.500					
 JULIANA ORTIZ MARIN PS_5246_2025_D09BC4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIANA ORTIZ MARIN CC: 1073512492 CEL: 3246811022						

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

JULIANA ORTIZ MARIN

CON C.C N°

1.073.512.492

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5246 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/22
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.674.150	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.716.150	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.510.500
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OFELIA GUEVARA GÓMEZ
------------------------	----------------------

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	en cumplimiento del plan de trabajo relacionado con el riesgo psicosocial, se ejecutó el programa de capacitación dirigido a los líderes del área de riesgo, así como a los representantes o integrantes del Comité de Convivencia Laboral (CCL). Es así como el sistema de vigilancia epidemiológica, en su ámbito de acción, llevó a cabo el seguimiento de los casos registrados en los sistemas de vigilancia, a través de mesas interdisciplinarias de salud ocupacional, acorde a la estrategia de acompañamiento desde la mesa de medicina laboral, en conjunto con la línea de Riesgo Biológico y Riesgo psicosocial, donde se realizó un seguimiento con los líderes y colaboradores, realizando seguimiento por parte del colaborador adherencia al tratamiento médico, limitaciones o recomendaciones laborales de aquellos casos específicos, que generan incidencia. Adicionalmente, en colaboración con la línea de riesgo público, se ha proyectado una campaña utilizando la técnica de psicoeducación denominada "Consejeros Pas (Primeros auxilios psicológicos), cuyo objetivo es dar a conocer los diferentes tipos de violencia que pueden surgir durante la ejecución de la labor, contemplados en el sistema de salud, así como las rutas de atención y reporte ante dichas situaciones. Esta acción esta soportada por medio de los lineamientos de la Guía técnica general de Promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora del Ministerio del Trabajo, estrategia contemplada en el mes de Julio. Por otro lado, en cumplimiento del plan de trabajo de la línea de riesgo psicosocial, se enfatizo para este bimestre el programa de prevención y promoción en modalidades de acoso y maltrato laboral, dando a conocer el alcance y rutas de atención encargadas para la prestación del servicio integral y oportuno, en caso afirmativo, dirigido al personal de todas las unidades y servicios, Asimismo, el sistema de vigilancia epidemiológica, en su ámbito de acción, realizó un seguimiento a los casos registrados en los sistemas de vigilancia epidemiológica, a través de mesas interdisciplinarias de salud ocupacional, realizando seguimiento por parte del colaborador adherencia al tratamiento médico, limitaciones o recomendaciones laborales de aquellos casos específicos, que generan incidencia. el día 02 Julio modalidad virtual, para aumentar la productividad, mejorar el ambiente laboral, mayor motivación del grupo de trabajo y comunicación asertiva dentro del equipo, para la toma de decisiones y resolución de conflictos; a su vez, mediante la intervención a los equipos de trabajo con oportunidad de mejora respecto a relacionamiento y comunicación, se realizaron 14 actividades en diferentes unidades, reforzando el bienestar general como lo indica el ESLOGAN de la entidad, porque en la SUBREDCO, pasan cosas buenas.
---	--

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88297906	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/13	\$ 275.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/13	\$ 352.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 53.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 682.300

- 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JULIANA ORTIZ MARIN PS_5246_2025_D09BC4 JULIANA ORTIZ MARIN CC: 1073512492
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 OFELIA GUEVARA GÓMEZ PS_5246_2025_D09BC4 OFELIA GUEVARA GÓMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1073512492	JULIANA ORTIZ MARIN		Cra 85a 52 a sur 58	3246811	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88297906	TOTAL A PAGAR \$726.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	275.700	0		0		0	0	0	0	275.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	352.800	0	0	0	0	0	0		352.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	53.800				53.800	0	0	53.800			538	53.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	44.100	0	0	44.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.700	275.700
Pensión	1	352.800	352.800
Riesgos Laborales	1	53.800	53.800
CCF	1	44.100	44.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	726.400	726.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073512492	JULIANA ORTIZ MARIN		Cra 85a 52 a sur 58	3246811	julianitha.ortiz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88297906	10
					TOTAL A PAGAR
					\$726.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC	1073512492	ORTIZ MARIN JULIANA	59	0		N		C																230301	2.205.000	352.800	0	0	0	0	0	EPS017	2.205.000	275.700	14-11	2.205.000	3	53.800	CCF22	2.205.000	44.100	0	0	0	0	0

PAGADA