PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-15, 05:50:07 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1073364262

Periodo Cotización: junio de 2025 | Periodo Servicio: junio de 2025 | Referencia pago 8823217408

PAGADA 10/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS		
Documento	CC53016329	Dirección	CR 9 ESTE #30 - 81
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3222178578
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53016329	JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,467,763	$234,900	(EPS008) COMPENSAR EPS	$1,467,763	$183,500	2.436	$1,467,763	$35,800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$454,200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,467,763	$1,467,763	$1,467,763	$0	$234,900	$183,500	$35,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$454,200	$700	$454,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS**			**CC:**	**53016329**
CORREO ELECTRÓNICO:	**pacontrerasf13@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3222178578**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**kr 1 b 22 d sur 53 torre 5 apto 603**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24058050961**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4589 2025**	**N° CDP:**	**2518**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/02/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.669.408**					

JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS
PS_4589_2025_1A8005

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS
CC: 53016329
CEL: 3222178578

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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

JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS

CON C.C N°	**53.016.329**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA 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 4589 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/02/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.396.656	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.413.104	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.669.408
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BRAVO PAEZ		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	1.PRESTAR SUS SERVICIO DE APOYO EN FORMA PERSONAL Y AUTÓNOMA COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA , EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCIÓN RELACIONADA CON SU PROFESIÓN SEGÚN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SUJETÁNDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN, ACOGIÉNDOSE A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED. 2.REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A SU COMPETENCIA.3.REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDADES DEL SERVICIO, ASÍ COMO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. 4.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.5.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE LA ENTIDAD.6. APOYAR EL PROCESO DE GESTIÓN Y OPERACIÓN DE: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGÍAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGÚN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DEL MIAS.7. APOYAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN Y BASES DE DATOS RELACIONADAS CON LAS COHORTES DE SEGUIMIENTO. 8. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1073364110	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/12	$ 183.473
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/12	$ 234.845
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/06/12	$ 35.756
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 454.074

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	*JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS* *PS_4589_2025_1A8005* **JULIA PATRICIA CORREA CONTRERAS** **CC: 53016329**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_4589_2025_1A8005* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**