

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA YOLIMA TORRES TORRES			CC:	46373786	
CORREO ELECTRÓNICO:	YOLITORRES7797@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3125326962	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73C BIS 38C 81			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0841407745	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4797 2025	N° CDP:	2518	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.886.416					
 MARIA YOLIMA TORRES TORRES PS_4797_2025_E0E329 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA YOLIMA TORRES TORRES CC: 46373786 CEL: 3125326962						

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

MARIA YOLIMA TORRES TORRES

CON C.C N°

46.373.786

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 4797 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/10
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.718.432	No. HORAS EJECUTADAS	197
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.364.832	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.886.416
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
---	--------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
------------------------	------------------------------

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	Apoyar con la supervisión y seguimiento de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar
2	Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo con la normatividad interna de la Subred, al Código del Buen Gobierno y de Ética Institucional y/o Profesional
3	El deber de informar (i) la composición del capital social de la persona jurídica, (ii) la existencia de pactos o acuerdos de accionistas, (iii) su pertenencia o no a un grupo empresarial, (iv) su naturaleza jurídica, y (v) la información relevante de índole jurídica, comercial o financiera.
4	El deber de informar cualquier situación que implique una modificación del estado de riesgos existentes al momento de proponer o celebrar el contrato, como la existencia de investigaciones en curso y su estado, providencias judiciales como medidas de aseguramiento, cautelares o condenas proferidas en Colombia o en el extranjero
5	El deber del contratista de cumplir con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el Código de Integridad del Servicio Público del Distrito (Decreto Distrital 118 de 2018) y el Colombiano (Ley 2016 de 2020), así como con los demás controles que la entidad estatal diseñe e implemente, con el fin de mitigar los riesgos de corrupción a los que se encuentra expuesta
6	Los contratistas de las áreas asistentes Podrán prestar sus actividades asistenciales en las unidades y servicios independientemente de la unidad asignada y que le sean solicitadas por parte del supervisor según la necesidad del servicio

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 4622469096	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/20	\$ 178.500	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/20	\$ 228.400	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/20	\$ 34.800	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 441.700	

- 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	 MARIA YOLIMA TORRES TORRES PS_4797_2025_E0E329 MARIA YOLIMA TORRES TORRES CC: 46373786
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN PS_4797_2025_E0E329 CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					46373786				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					SOGAMOSO					DEPARTAMENTO:					MARIA YOLIMA TORRES TORRES				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CENTRO					TELÉFONO:					BOYACA				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):															NO				

NÚMERO PLANILLA:										4622469096									
PERIODO COTIZACIÓN OTROS										MES									
DÍAS DE MORA:										agosto AÑO									
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):										2025									
										4									
										2025/09/22									
										NÚMERO AUTORIZACIÓN:									
										9994073937									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 0	\$ 227.800	\$ 600	\$ 228.400
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 600	\$ 228.400

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 500	\$ 0	\$ 178.000	\$ 500	\$ 0	\$ 178.500
SUBTOTALES:													\$ 178.000	\$ 500	\$ 0	\$ 178.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 100	\$ 0	\$ 34.800
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ 100	\$ 0	\$ 34.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES											SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 46373786	TORRES TORRES MARIA YOLIMA	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 2.380.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 46373786	\$ 34.700	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0