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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ**			**CC:**	**53000077**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JRVALDELAMARJ@UNAL.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3154152535**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 131A 53B 91 IN 3 AP 601**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**228135794**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3267 2025**	**N° CDP:**	**2499**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**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	**$ 4.975.500**					

JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ
PS_3267_2025_FC1FD2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ
CC: 53000077
CEL: 3154152535

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			
JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ			
	CON C.C N°	**53.000.077**	
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**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 49.755.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ		

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	GARANTIZAR LA OPORTUNA DE LA ENTREGA DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL MONTAJE CONTRACTUAL AL ÁREA DE OPS: ENVÍO DE CARPETAS COMPLETAS DE CANDIDATOS A CONTRATAR DE DIR. HOSPITALIZACIÓN, PIC, EBS, CAMAD A OPS.
2	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL, POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO: ELABORACIÓN DE FORMATOS DE IDONEIDAD, VERIFICACIÓN DE TÍTULOS ACADÉMICOS
3	Realizar las pruebas psicotécnicas de manera competente y ética, siguiendo las directrices y estándares éticos establecidos por la profesión: Pruebas psicotécnicas programadas, revisadas y descargadas para los candidatos de la Dir. Hospitalización, Resolución EBS, Programa PIC y Poyecto CAMAD
4	Mantener la confidencialidad de la información obtenida durante la administración de las pruebas psicotécnicas: Registro en base de datos de resultados de pruebas psicotécnicas y su custodia de candidatos de Dir. Hospitalización, Resolución EBS, programa PIC y proyecto CAMAD
5	Realizar las acciones necesarias, para la adecuada ejecución del procedimiento de selección de personal, entre las que se incluye, reclutamiento y selección, realización de entrevistas, verificación documental y la emisión del respectivo informe: Búsqueda de HV del personal requerido para resolución EBS, PIC, CAMAD y Dir. hospitalización en correo SELECCIÓN TH; Envío de solicitud de documentos y de subsanaciones a candidatos
6	Validar los soportes documentales de la lista de chequeo: Revisión de carpetas enviadas por candidatos; verificación de inscripción en SECOP II, hoja de vida en SIDEAP, programación de pruebas psicotécnicas, formato de idoneidad
7	DAR RESPUESTA, DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY, A PETICIONES O INFORMES VERBALES O ESCRITOS REQUERIDOS ENTES DE CONTROL, ENTES GUBERNAMENTALES Y/O REQUERIMIENTOS INTERNOS:
8	MANTENER ACTUALIZADAS LAS BASES DE DATOS DE LA VERIFICACIÓN DE SOPORTES DEL PERSONAL QUE INGRESA A LA ENTIDAD: REPORTE EN BASE DE SEGUIMIENTO DE CANDIDATOS DE EBS, CAMAD, HOSPITALIZACIÓN Y PIC
9	APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES QUE SEAN REQUERIDOS POR LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN REFERENTE AL PROCESO DE SELECCIÓN
10	UTILIZAR PRUEBAS PSICOTÉCNICAS ACTUALIZADAS, VALIDADAS Y RELEVANTES PARA EL PROPÓSITO ESPECÍFICO DE LA EVALUACIÓN. ADEMÁS, DEBE MANTENERSE INFORMADO SOBRE LOS AVANCES EN LA PSICOMETRÍA Y LAS MEJORES PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS
11	REALIZAR LA ORGANIZACIÓN Y ENVIÓ DE DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA LA CREACIÓN DE TERCEROS
12	GARANTIZAR LA VERIFICACIÓN DE LOS CONTRATISTAS QUE INGRESAN EN LA PLATAFORMA DE SARLAFTCOL: HOSPITALIZACIÓN, CAMAD, EBS, PIC

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° 9491185495	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/02	$ 248.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/02	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/02	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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	*JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ* *PS_3267_2025_FC1FD2* **JULIET ROCIO VALDELAMAR JIMENEZ** **CC: 53000077**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ* *PS_3267_2025_FC1FD2* **JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	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
2025-08	2025-08	9491185495	9491185495	I	2025/09/17	2025/09/02	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 JULIET	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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	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
2025-08	2025-08	9491185495	9491185495	I	2025/09/17	2025/09/02	BANCO DE BOGOTA	0	$615,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$318,500	$0	$0	$318,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$318,500	$0	$0	$318,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,500	$0	$0	$48,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,500	$0	$0	$48,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$248,800	$0	$0	$248,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$248,800	$0	$0	$248,800
TOTAL				1	$615,800	$0	$0	$615,800