

 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.510.500	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/22	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 JULIANA ORTIZ MARIN PS_5246_2025_16F54B 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:	\$ 40.226.650	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.510.500	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARTHA AYALA ROJAS		
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	Dando continuidad al objetivo Sistema de Vigilancia Epidemiológica,(SVE-RP), para el mes de octubre del año en vigencia, se realizaron mesas técnicas de trabajo, con las referentes de los departamentos de enfermería de cada una de las unidades de servicios de salud, con el fin de socializar los diferentes técnicas de formación que se ejecutaran a partir del mes de Noviembre, como es el plan de Formación en Primeros Auxilios Psicológicos Consejeros PAS", por otro lado, en cumplimiento del plan de trabajo proyectado desde la línea de riesgo psicosocial, se fortalecieron los equipos de trabajo con la acción de intervención secundaria, Fortalecimiento en competencias de relacionamiento y comunicación", este ejercicio se llevó a cabo acorde a las acciones de intervención que el comité de convivencia laboral (CCL), remite para intervención de los equipos de trabajo que estén presentando dificultades de comunicación que desfavorecen el trabajo en equipo. 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, para el mes en cuestión se continuó con el apoyo psicosocial (intervención secundaria): la cual tiene como objetivo facilitar el manejo de situaciones laborales y extra laborales que causan tensión o distrés en los colaboradores, mediante información, orientación, consejería o asistencia psicosocial, acorde a la situación que refieran los colaboradores, es de resaltar que se está trabajando en articulación con la línea de riesgo publico quien se encarga de reportar al colaborador que ha sido agredido, este abordaje se está realizando de forma presencial o a través de la línea de apoyo emocional. (Base de Abordajes de la línea Confidencial). También en concordancia de los planes de formación hacia Directivos, líderes, se continua con el plan de formación para estos, cuya acción consiste el fortalecer la Optimización de las Competencias de Relaciones y Comunicación al interior de los equipos de trabajo, permitiendo así el facilitar la toma de decisiones o cambio organizacional por parte del direccionamiento estratégico de la entidad.			
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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 91382118		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		FAMISANAR	2025/11/12	\$ 275.700
PENSIÓN:		PORVENIR	2025/11/12	\$ 352.800
RIESGOS LABORALES:		SURA	2025/11/12	\$ 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 ningún 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_16F54B JULIANA ORTIZ MARIN CC: 1073512492
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARTHA AYALA ROJAS PS_5246_2025_16F54B MARTHA AYALA ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91382118	\$682.300
TOTAL A PAGAR					

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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	682.300	682.300

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
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91382118	10
					TOTAL A PAGAR
					\$682.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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																				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		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA