

## 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:	1065642106	NÚMERO PLANILLA:	<b>7991034409</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES octubre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 18 ESTE 71-28	TELÉFONO:	4586249	DÍAS DE MORA:	7	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1922708916
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/12		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ÚNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr				
TIPO EMPRESA:							
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 228.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 228.100	\$ 1.100	\$ 0	\$ 229.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 228.100</b>	<b>\$ 1.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 229.200</b>

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.200	\$ 0	\$ 800	\$ 0	\$ 178.200	\$ 800	\$ 0	\$ 179.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 178.200</b>	<b>\$ 800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 179.000</b>			

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	\$ 34.800	\$ 34.800	\$ 200	\$ 0	\$ 0	\$ 35.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 34.800</b>	<b>\$ 200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 35.000</b>

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	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	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	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 1065642106	PACHECO RODRIGUEZ YANETH MARIA	INDEPENDIENTE		\$ 1.425.300				NO																	230301-PORVENIR	30	1.425.300	\$ 228.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 228.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.425.300	\$ 178.200	\$ 0	\$ 178.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.425.300	1829901	\$ 34.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 443.200**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YANETH MARIA PACHECO RODRIGUEZ		CC:	1065642106	
CORREO ELECTRÓNICO:	YANEPACHECORODRIGUEZ@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3106923484	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 1 46 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000306860

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5804 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



YANETH MARIA PACHECO RODRIGUEZ  
PS\_5804\_2025\_69ECEE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YANETH MARIA PACHECO RODRIGUEZ

CC: 1065642106

CEL: 3106923484

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

**YANETH MARIA PACHECO RODRIGUEZ**

CON C.C N°

1.065.642.106

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

PS 5804 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/06/18

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

4.866.414

**No. HORAS EJECUTADAS**

184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

10.053.825

**VALOR DE HONORARIOS**

\$ 1.999.896

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

SEIS (6) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

**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	SE ARTICULÓ EN EL AGENDAMIENTO DE ACTIVIDADES, YA QUE DURANTE LA PROGAMACIÓN CON LOS PROFESIONALES SE REVISÓ EL SECTOR CATASTRAL CORRESPONDIENTE, LO QUE PERMITIÓ BRINDAR COORDENADAS PRECISAS Y EFICIENTES SOBRE LOS LUGARES DE DESTINO, FACILITANDO ASI EL ACCESO OPORTUNO DE CADA PROFESIONAL AL TERRITORIO ASIGNADO
2	REALIZAR LA VERIFICACIÓN Y GESTIÓN OPORTUNA DE LAS ÓRDENES EMITIDAS POR LOS PROFESIONALES, COORDINANDO CON EL EQUIPO DE AGENDAMIENTO PARA PROGRAMAR LAS ATENCIONES NECESARIAS PARA LOS USUARIOS, GARANTIZANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL.
3	IDENTIFICACIÓN DE LA ZONA CATASTRAL Y LA DIRECCIÓN DE LOS USUARIOS PARA EL ADECUADO AGENDAMIENTO, SE REALIZA UN MAPEO TERRITORIAL QUE FACILITA LA PROGRAMACIÓN ORGANIZADA DE LAS VISITAS O ATENCIONES DOMICILIARIAS POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD, OPTIMIZANDO LOS RECURSOS Y TIEMPOS DEL PROCESO ASISTENCIAL.
4	SE REALIZA CONTACTO TELEFÓNICO A LOS USUARIOS PARA INFORMAR SOBRE SUS CITAS MÉDICAS. DURANTE ESTE CONTACTO, SE CONFIRMA LA ASISTENCIA Y SE SOCIALIZA EL PROGRAMA, EXPLICANDO LAS ACTIVIDADES QUE REALIZARÁ EL PROFESIONAL DURANTE LA VISITA Y RESUELVE DUDAS, FOMENTANDO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL USUARIO EN SU PROCESO DE ATENCIÓN.
5	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS ATENCIONES PRESTADAS, VERIFICANDO SI LOS USUARIOS FUERON ATENDIDOS O VISITADOS, E IDENTIFICANDO POSIBLES BARRERAS O NECESIDADES ADICIONALES PARA FORTALECER EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL.
6	ORGANIZAR, DIGITALIZAR Y GESTIONAR LAS BASES DE DATOS, LAS CUALES SON FUNDAMENTALES PARA PROGRAMAR ADECUADAMENTE LAS CITAS MÉDICAS Y VISITAS DOMICILIARIAS.
7	BRINDAR APOYO AL EQUIPO PROFESIONAL EN LA LOCALIZACIÓN DE LAS VIVIENDAS QUE DEBEN SER INTERVENIDAS, PROPORCIONANDO INFORMACIÓN PRECISA SOBRE LA DIRECCIÓN Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA. SE COORDINA CON LOS PROFESIONALES PARA INDICAR LAS DIRECCIONES CORRESPONDIENTES A LAS VISITAS PREVIAMENTE AGENDADAS.
8	DETECTAR USUARIOS QUE AÚN NO HAN SIDO ATENDIDOS, CON EL FIN DE INCLUIRLOS EN LAS PROGRAMACIONES Y GARANTIZAR SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
9	PRESENTAR UN INFORME MENSUAL CONSOLIDADO CON LOS SOPORTES FÍSICOS CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, GARANTIZANDO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. SE REALIZA REPORTE DIARIO DE CITAS PROGRAMADAS, EL CUAL SIRVE COMO INSUMO PARA DEMOSTRAR LOS RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE METAS MENSUALES
10	ELABORAR Y ENTREGAR LOS INFORMES FINALES QUE SE REQUIERAN DENTRO DE LA ESTRATEGIA, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. POR SOLICITUD DE LA COORDINACIÓN, SE PRESENTA LA BASE DE DATOS CONSOLIDADA QUE REFLEJA LOS RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO DE AGENDAMIENTO Y SEGUIMIENTO.
11	CUMPLIR CON OTRAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS PUEDEN INCLUIR, POR EJEMPLO, LA ASISTENCIA A COMITÉS, JORNADAS DE FORMACIÓN O CAPACITACIONES, ACTIVIDADES QUE TAMBIÉN FORTALECEN EL COMPONENTE ORGANIZATIVO Y OPERATIVO DEL AGENDAMIENTO EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

**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° 7991034409	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 179.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 229.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	\$ 35.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 443.200


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>YANETH MARIA PACHECO RODRIGUEZ</i> PS_5804_2025_69ECEE</p> <p><b>YANETH MARIA PACHECO RODRIGUEZ</b> <b>CC: 1065642106</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_5804_2025_69ECEE</p> <p><b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	--