

24 de noviembre 2025

**CUENTA DE COBRO**

No. 002 de 2025

LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA

NIT. 890.680.031-4

**DEBE A:**

YULY PAOLA TORRES GALINDO

C.C No. 53097341 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

OCHO MILLONES DE PESOS.M/CTE

\$ 8.000.000

Por concepto de: LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA FORTALECER LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 00001220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL CON ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, EN EL MUNICIPIO DE SAN BERNARDO EN ZONA RURAL, durante el periodo comprendido del 03 al 15 noviembre 2025.

Como soporte de la presente cuenta de cobro, se adjunta el informe de las actividades ejecutadas por el suscrito en 7 folios así como (2) cd que se evidencia registro fotográfico y las planillas firmadas que soportan, las mismas el pago de seguridad social del mes de Octubre.

*YULY PAOLA TORRES GALINDO*

YULY PAOLA TORRES GALINDO

Nº 53097341 de Bogotá

Tv 78 k 41 - 35 sur interior 1 apartamento 503

Número de Cuenta No. ahorros 457070030764

Davivienda ahorros, Bogotá, barrio: Chapinero  
3114529870

**INFORME DE ACTIVIDADES  
CONTRATO N° 1051  
2025**

<b>DATOS DEL INFORME</b>	
Fecha de presentación: (24/11/2025) Periodo del Informe: desde 03/11/2025 hasta 15/11/2025	
Nombre del Contratista: YULY PAOLA TORRÉS GALINDO	
Nombre del Supervisor: DR. SAUL PARRA GARCIA	
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>	
CONTRATISTA: YULY PAOLA TORRES GALINDO C.C. No. 53097341 de Bogotá	
OBJETO: LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA FORTALECER LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 00001220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL CON LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, EN EL MUNICIPIO DE SAN BERNARDO EN ZONA RURAL	
Plazo: DOS (02) MESES	
Valor del Contrato: VEINTICUATRO MILLONES PESOS M/CTE (\$ 24.000.000.00)	
Fecha de Iniciación: 02/10/2025	Fecha de Terminación: 30/11/2025
Porcentaje de ejecución financiera: 66.6%	Porcentaje de ejecución en tiempo: 71.6%
Modificaciones al contrato: NA Prorroga: NA Valor Adición: NA	
Porcentaje de ejecución financiera: 00%	Porcentaje de ejecución en tiempo: 00%

Identificar condiciones de salud de los miembros de la familia y de los hogares, haciendo uso de los dispositivos medicos asignados y mantener el cuidado de los mismos.	En medio de las atenciones brindadas se dio uso de los equipos biomédicos necesarios para la valoración y seguimiento de su estado de salud.
Formular el plan del cuidado integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la cararcterizacion identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	A las familias visitadas se les realizo plan de cuidado familiar e individual según requerimiento
Digitalizar los intrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta cnt del hospital san antonio de arbelaez.	Se realiza la correspondiente facturación y cargue de los planes de enfermería en el sistema de CNT.
Brindar consulta de orientacion familiar, asesoria y provision anticonceptiva, suministro de micronutrientes, medicamentos y tamizaje de cancer de cuello uterino y tamizaje de infecciones de trasmision sexual	Dentro de los hogares de cada micro territorio junto con el profesional de psicologia se promovieron hábitos saludables, pautas de crianza saludable, el auto cuidado y cuidado del ambiente familiar y en comunidad.
Realizar informe cualicuantitativo con perfil epidemiologico según lo ejecutado en microterritorio.	Dentro de cada micro territorio se encuentran necesidades diferentes al igual que sus padecimientos por lo cual se realiza un informe de los micro Territorios, especificando lo unico de cada micro territorio
Realizar reunion mensual con coordinadora de salud publica municipal para hacer entrega de informe ejecutivo de las actividades realizadas en el microterritorio asignado.	Se coordino con la Coordinadora de salud publica diferentes reuniones con el fin de informar y compartir los avances realizados en cada microterritorio asignado.
Apoyo en jornadas de salud	Se realiza cronograma de brigadas en salud para los micro territorios

**DESAGREGACION DE COSTOS**

AREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD	PORCENTAJE DE EJECUCION POR AREA	VALOR
EBS San Bernardo zona rural	100%	\$8.000.000
<b>PRODUCCION</b>		

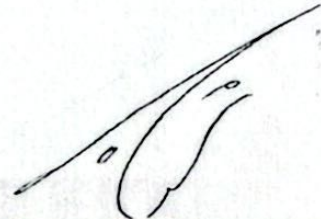
PRODUCTOS A ENTREGAR	PRODUCTOS ENTREGADOS	% EJECUCION	
		% DE EJECUCION FINANCIERA	% DE EJECUCIÓN EN TIEMPO
Evidencia fotográfica Listado de asistencia Planes de cuidado Cronograma Actas	Evidencia fotográfica Listado de asistencia Planes de cuidado Cronograma Actas	66.6%	71.6%

**ANEXOS:**

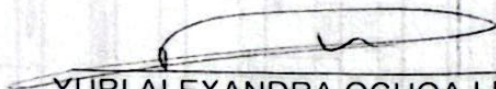
1. Planilla de pago de seguridad social
2. Evidencias 2 CD
3. Declaración juramentada
4. Certificado Bancario

*JACOBADORRES*

Nombre o firma de contratista



SAUL PARRA GARCIA  
Supervisor



YURI ALEXANDRA OCHOA LEON  
Apoyo a la Supervisión

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53097341	YULY PAOLA TORRES GALINDO	Tv 78 41 35 sur	8120008	paola256@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1 UPC 0
					TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-10	2025-10	I	01/12/2025	91852744	\$1.002.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0	0	0	0	0	19	4.800	0	404.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	512.000	0	0	0	0	19	6.200	0	518.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	78.000				78.000	19	1.000	79.000			780	79.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	19	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	19	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	404.800
Pensión	1	512.000	518.200
Riesgos Laborales	1	78.000	79.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>990.000</b>	<b>1.002.000</b>

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**CERTIFICACIÓN:**

Yo, YULY PAOLA TORRES GALINDO, identificado(a) con CC. No. 53097341 de Bogotá, en cumplimiento al parágrafo 1 del art. 4 del decreto 2271 de junio de 2009, **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal (si se dice falsedades, se expondrá a cárcel de hasta 12 años), en su artículo 442, que los documentos soporte de pago obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca

**Nota:**

El art. 18 de la Ley 1122 de 2007 y el art. 23 del decreto 1703 de agosto de 2002, define que los contratistas deben usar como base obligatoria mínima de cotización el equivalente al 40% del valor del pago bruto Mensualizado proveniente del contrato de prestación de servicios (si quieren cotizar voluntariamente con una base superior a esa, también pueden hacerlo), y que el decreto 1273 de 2018 señala que los aportes a la seguridad social de trabajadores independientes se deben realizar mes vencido, por periodos mensuales, a través de la planilla integrada de liquidación a Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización; que igualmente en el artículo segundo del señalado decreto, establece que El ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante corresponde mínimo al cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salario mínimo mensual legal vigente.

Además, y de acuerdo con las normas de los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993, se debe recordar que en ningún caso el ingreso base de cotización que se use podrá ser inferior a un salario mínimo mensual, ni tampoco superior a los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Esta declaración la hago al primer (01) día del mes de DICIEMBRE del año dos mil veinticinco (2025), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extrajucio), del decreto 19 de 2012, con destino a la E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca, para que surta los efectos legales.

Sin otro particular,

*YULY PAOLA TORRES GALINDO*

---

YULY PAOLA TORRES GALINDO  
CC. No 53097341 de Bogotá.  
Celular: 311 4529870

Señores:

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

NIT: 890.680.031-4

Atn.: Área de Contabilidad / Tesorería / Nómina

Asunto: Solicitud de aplicación de retención en la fuente conforme al artículo 383 del Estatuto Tributario

Respetados señores:

Yo, **YULY PAOLA TORRES GALINDO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **53097341**, actuando en calidad de **persona natural contratista**, de manera respetuosa me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Que presto mis servicios de manera **personal** a esa entidad, en virtud del contrato de prestación de servicios No.1051, celebrado el día 02 de octubre de 2025.
2. Que **no cuento con empleados o trabajadores vinculados**, ya sea bajo relación laboral o contractual, que me apoyen en la ejecución de dicho contrato.
3. Que **no poseo estructura empresarial propia**, ni asumo los riesgos y costos propios de una actividad empresarial o comercial.
4. En consecuencia, los ingresos percibidos por el contrato antes mencionado corresponden a **ingresos por servicios personales**, de conformidad con lo dispuesto en el **parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario**.

Por lo anterior, solicito amablemente que los pagos que se me realicen por concepto de este contrato estén sujetos a la retención en la fuente conforme a la tabla establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, y no a la tarifa fija del 10% contemplada en el artículo 401 del mismo estatuto.

Declaro que la información aquí consignada es veraz y me comprometo a informar de manera oportuna cualquier cambio que modifique las condiciones anteriormente mencionadas.

Cordialmente,

*YULY PAOLA TORRES GALINDO*

---

**YULY PAOLA TORRES GALINDO**

C.C. No. 53097341 de Bogotá

Firma

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,**

**28/03/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **YULY PAOLA TORRES GALINDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53097341**

Posee en el banco Davivienda:

## **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

Número	<b>0570457070030764</b>
Fecha de apertura	<b>13/12/2007</b>

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**