

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	2000016644	YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO		cra 72b#6d-73	3138254901	isabelgarciamaklad@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
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91809757	\$928.300
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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	375.100	0		0		0	0	0	0	375.100	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	480.100	0	0	0	0	0	0		480.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	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	375.100	375.100
Pensión	1	480.100	480.100
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.300	928.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	2000016644	YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO		cra 72b#6d-73	3138254901	isabelgarciamaklad@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
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91809757	\$928.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	2000016644	GARCIA VILLAVICENCIO YULEIMA ISABEL	59	0		N																		230901	3.000.010	480.100	0	0	0	0	EPS002	3.000.010	375.100	14-23	3.000.010	3	73.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					
Crear					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1 PS 5541 2025 CRP-17138.pdf	1 PS 5541 2025 CRP-17138.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	PS 5541 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo		

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO			CC:	2000016644
CORREO ELECTRÓNICO:	ISABELGARCIA MAKLAD@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3138254901
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90 6 D 80			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488449884649
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5541 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO PS_5541_2025_6912C6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO CC: 2000016644 CEL: 3138254901					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO

CON C.C N° 2.000.016.644

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 5541 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 22.500.072	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 57.473.010	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	REALICE CONSULTAS MEDICAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA Y LA PRIORIDAD DE LOS PACIENTES VALORADOS EN FORMATO DE HISTORIA CLINICA RESOLUTIVA, RESOLUTIVA CRONICA O PYD SEGUN CORRESPONDA
2	INDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA INDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA
3	INDENTIFIQUE OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGOS EN LOS PACIENTES VALORADOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICION RESPECTIVAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA DE CADA PACIENTE
4	BRINDE EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS BRINDE EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS
5	REALICE PLANES DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, ACORDANDO CON LOS PACIENTES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FALMACOLOGICO
6	REALICE HISTORIAS CLÍNICAS EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE ESTANDARIZADO POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE
7	REGISTRE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEL APLICATIVO GTAPS DE CADA PACIENTE VALORADO
8	LA POBLACIÓN QUE VALORE DURANTE EL MES FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA, EN TIPOLOGÍA 3, CON FAMILIA DE PRIORIDAD ALTA, TIPOLOGÍA 2, FAMILIA CON PRIORIDAD MEDIA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL SOBREPESO Y MALOS HÁBITOS DIETÉTICOS.
9	SE REALIZA PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SI NO SE ENCUENTRAN CASA PARA VALORARLOS EN LA ESTRATEGIA DE RUTEO
10	EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LAFAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
11	REALICE EL REGISTRO OPORTUNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, EN EL LINK DE FACTURACION, EN EL APLICATIVO GTAPS, Y EN DINAMICA GENERENCIAL
12	REALICE DEMANDA INDUCIDA, VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA SEGÚN EL CURSO DE VIDA A LOS PACIENTES VALORADOS

13	ASISTI A LOS COMITES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
14	ENTREGUE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA EN EL FORMATO LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE ESTE PERIODO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK DE FACTURACION -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACION VALORADA.
15	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91809757	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	\$ 375.100
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/12/11	\$ 480.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/11	\$ 73.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 928.300

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 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	 YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO PS_5541_2025_6912C6 YULEIMA ISABEL GARCIA VILLAVICENCIO CC: 2000016644
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_5541_2025_6912C6 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO