

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN					
CÓDIGO: AP-IA-FI-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16					
Celebrado entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.758.978		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:					
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°:					
PS 1497 2025					
FECHA INICIO CONTRATO					
2/1/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO					
\$ 14.838.912					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO					
\$ 14.838.912					
INCLUIDO ADICIONES:					
PAGO / N° DE INFORME:					
CUATRO (4)					
N° GRP INICIAL:					
6156					
N° CDP INICIAL/DEL CONTRATO					
1					
CUATRO (4) MESES					
Mi Planilla					
OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					
ZMI HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
SHIRLEY JANNEETH TORRES RODRÍGUEZ					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PROROGA)					
PROROGADO					
0					
CDP DE LA ADICIÓN:					
PROROGADO					
TIEMPO					
PROROGADO					
RF DE LA ADICIÓN:					
PROROGADO					
RF DE LA ADICIÓN:					
PROROGADO					
RF DE LA ADICIÓN:					
PROROGADO					
RF DE LA ADICIÓN:					
PROROGADO					
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° DE POLIZA:					
N/A					
ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:					
N/A					
IV. VERIFICACIÓN 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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS					
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 presente satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECO?					
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 cargo en el aplicativo scocop 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					
1/4/2025					
AL					
30/4/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					
SHIRLEY JANNEETH TORRES RODRÍGUEZ					
CARGO:					
JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					
NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:					
MARTHA PATRICIA CARDENAS					
PERFIL:					
TECNICO ADMINISTRATIVO II					

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033758978	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ	Cra 128 # 145 - 20	3023467323	rodriquezdayana85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)		NÚMERO PLANILLA
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
	2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85760172	
						CANTIDAD
						EMPL. CANTIDAD
						1 0
						TOTAL A PAGAR
						\$459.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS017	Famsanar EPS	830003564-7	185.500	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	No. Afiliados
2330201	Proteccion (ING + Proteccion)	800228739-0	237.500	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Días Mora Cotización	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Cotización	Valor Neto		
14-11	ARL SURA	890903780-5	36.200			36.200	0	0	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	No. Afiliados
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RPP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	185.500	185.500	
Pensión	1	237.500	237.500	
Riesgos Laborales	1	36.200	36.200	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	459.200	459.200	