



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-26, 04:19:42 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1077369221
Periodo Cotización: octubre de 2025 Periodo Servicio: octubre de 2025 Referencia pago (PIN): 8823635523

PAGADO 25/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS				
Documento	CC1023949808	Dirección	CL 27B SUR #1 - 24 S		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3025985954		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETI	TOE	TAP	VSP	COR	VST	SUN	KGE	LMA	AVG	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1023949808	PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS	59	00	X														0	10	10	10	0	(230301) PORVENIR	\$ 474.500	\$ 76.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 474.500	\$ 59.400	2,436	\$ 474.500	\$ 11.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 147.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 474.500	\$ 474.500	\$ 474.500	\$ 0	\$ 76.000	\$ 59.400	\$ 11.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 147.000	\$ 2.000	\$ 149.000



DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS			CC:	1023949808
CORREO ELECTRÓNICO:	PAU052@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3025985954
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27B SUR 1 24 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24137046384
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7764 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.999.896	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS PS_7764_2025_45593F</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS CC: 1023949808 CEL: 3025985954</div>					

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

PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS

CON C.C N°

1.023.949.808

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. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7764 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/20
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 799.958	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.799.854	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.999.896
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	1.REALIZAR APOYO AL MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO. RECIBIR EL MAPA DEL SECTOR CATASTRAL ENVIADO POR PARTE DEL GEOGRAFOPARA RECONOCER EL TERRITORIO Y HACER LA AVANZADA EL DIA DE LA TOMA, GUIAR A LOS EQUIPOS Y TOMAS DATOS COMO MANZANAS Y PREDIOS VISITADOS, IDENTIFICANDO FACTORES EN EL AMBITO AMBIENTAL, SOCIAL Y SEGURIDAD.
2	2. GESTIONAR LAS ÓRDENES GENERADAS POR PROFESIONALES DE EQUIPO BASE. A TRAVES DEL ENLACE DE LA ENTIDAD CAPITAL SALUD SE CAPTO LA INFORMACION PARA GESTIONAR AFILICIONES DE LOS USUARIOS SIN EPS CON EL NUMERO DE WHATSAPP DE CAPITAL SALUD SE REALIZA LA GESTION DE AFILIACIONES CON RESPUESTA INMEDIATA.
3	3. REALIZAR EL PRIMER CONTACTO CON LOS MICROTERRITORIOS Y TERRITORIOS ASIGNADOS, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN PLANEACIÓN. SE REALIZO SOCIALIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS CON LIDERES SOCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD A TRAVES DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD.
4	4. INFORMAR EN LA COMUNIDAD LAS ACCIONES QUE DESARROLLARÁN LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS (PAGINA WEB INSTITUCIONAL, REDES SOCIALES Y GRUPOS DE WHATSAPP). A TRAVES DEL DRIVE DE DIRECTORIOS TELEFONICOS DE LIDERES DE LOS DIFRENTES SECTORES CATASTRALES SE LE INFORMAN DE LAS ACTIVIDADES CON ANTICIPACION PARA PODER LLEGAR A LOS HOGARES CON MAS CONFIANZA.
5	5. CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNO DE LOS MICROTERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO. SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL COMITÉ DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA (COVECOM) SE PARTCIPO EN EL COMITE MENSUAL DEL EQUIPO BASICO EN SALUD.
6	6. DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DRIVE CON DATOS DE ACTORES Y ENTIDADES DE LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRALES
7	7. APOYAR AL EQUIPO BÁSICO EN LA UBICACIÓN DE LAS VIVIENDAS ASIGNADAS EN EL TERRITORIO A INTERVENIR. SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL RUTEO DE USUARIOS EN LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRATALES
8	8. REALIZAR LA BÚSQUEDA Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE HOGARES SIN IDENTIFICACIÓN EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS. SE REALIZO BUSQUEDA DE USUARIOS EN EL MICOTERRITORIO A TRAVES DEL RUTEO Y MAPAS, Y TELEFONOS.
9	9. ENTREGAR INFORME MENSUAL QUE INCLUYA SOPORTES EN FÍSICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS. SE REALIZO ACTAS DE LAS DIFRENTES TOMAS TERRITORIALES, ACTAS CON LIDERES COMUNITARIOS, ACTAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y CON VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
10	10. ELABORAR Y ENTREGAR INFORME FINAL A LOS QUE HAYA LUGAR DENTRO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

11	11. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024. SOCIALIZACION DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS A 50 FAMILIAS			
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:		Nº 1077369221	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR	2025/11/25	\$ 71.175
PENSIÓN:		PORVENIR	2025/11/25	\$ 91.104
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR	2025/11/25	\$ 13.870
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 176.149
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		<div>PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS PS_7764_2025_45593F</div> <div>PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS CC: 1023949808</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7764_2025_45593F</div> <div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		