SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEYDI PAOLA RAMIREZ ARGUELLO**			**CC:**	**1033749594**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PAOLITARAMIREZ.XYZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204971261**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 31 F 12 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488425791776**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5401 2025**	**N° CDP:**	**2516**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/05/13**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.733.720**					

LEYDI PAOLA RAMIREZ ARGUELLO
PS_5401_2025_4BF833

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEYDI PAOLA RAMIREZ ARGUELLO
CC: 1033749594
CEL: 3204971261

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LEYDI PAOLA RAMIREZ ARGUELLO			
	CON C.C N°	**1.033.749.594**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO SED 7827009 2025		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5401 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/05/13**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.465.076	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.570.384	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.733.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENSA BECERRA CAMARGO		

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	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED La Victoria
2	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de agosto
7	Para el mes de agosto el cumplimiento es de 75 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
9	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED
10	se realiza apoyo a jornadas educacativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunación según demanda
11	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de agosto

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490033480	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/08/13	$ 106.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/13	$ 136.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	$ 20.900

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 264.400

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	*LEYDI PAOLA RAMIREZ ARGUELLO* *PS_5401_2025_4BF833* **LEYDI PAOLA RAMIREZ ARGUELLO** **CC: 1033749594**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS* *PS_5401_2025_4BF833* **OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LORENSA BECERRA CAMARGO* *PS_5401_2025_4BF833* **LORENSA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033749594		RAMIREZ ARGUELLO LEYDI PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 31f #12-24	SOACHA-CUNDINAMARCA	3204971261	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697832112	9490033480	I	2025/08/26	2025/08/13	NEQUI	0	$264,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$854,100	$136,700			$854,100	$106,800			$0	$0			$854,100	$20,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$854,100	$136,700			$854,100	$106,800			$0	$0			$854,100	$20,900		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$854,100	$136,700			$854,100	$106,800			$0	$0			$854,100	$20,900		$0	$0
1	CC	1033749594	RAMIREZ LEYDI	230201	18	$854,100	$136,700	EPS010	18	$854,100	$106,800		0	$0	$0	14-11	18	$854,100	$20,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$854,100	$136,700			$854,100	$106,800			$0	$0			$854,100	$20,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033749594		RAMIREZ ARGUELLO LEYDI PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 31f #12-24	SOACHA-CUNDINAMARCA	3204971261	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697832112	9490033480	I	2025/08/26	2025/08/13	NEQUI	0	$264,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$136,700	$0	$0	$136,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$136,700	$0	$0	$136,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$0	$0	$20,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,900	$0	$0	$20,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$106,800	$0	$0	$106,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$106,800	$0	$0	$106,800
TOTAL				1	$264,400	$0	$0	$264,400