| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 5**<br>**FECHA: 2024-09-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANGIE CAROLINA VEGA HERNANDEZ** | | | **CC:** | **1012417902** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **vegahernandezangie@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3015971065** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 71A SUR 83B 85** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **000241414** |

| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5422 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 2025/09/01 AL 2025/09/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 2.733.720** | | | | | |

*ANGIE CAROLINA VEGA HERNANDEZ*

*PS_5422_2025_EDCFA4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**ANGIE CAROLINA VEGA HERNANDEZ**

**CC: 1012417902**

**CEL: 3015971065**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | |
| **ANGIE CAROLINA VEGA HERNANDEZ** | | | | |
| | | **CON C.C Nº** | **1.012.417.902** | |
| **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 5422 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 | Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de septiembre |
| 2 | Para el mes de septiembre el cumplimiento es de 90 actividades con reporte de video y planeación proyecto experiencia significativa |
| 3 | 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 |
| 4 | se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunación según demanda |
| 5 | Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Técnico Jaime Pardo Leal |
| 6 | Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED |
| 7 | Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas |
| 8 | Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal |
| 9 | Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de septiembre |
| 10 | 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, Realiza socialización a comunidad educativa sobre ruta de accidentalidad escolar |
| 11 | Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda. Participación en capacitación convocada por SED,para refuerzo y tienda escolar. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9490455296 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/09/15 | $ 179.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/09/15 | $ 229.700 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/09/15 | $ 35.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 444.200 |

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** | *ANGIE CAROLINA VEGA HERNANDEZ*<br>*PS_5422_2025_EDCFA4*<br>**ANGIE CAROLINA VEGA HERNANDEZ**<br>**CC: 1012417902** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS*<br>*PS_5422_2025_EDCFA4*<br>**OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LORENSA BECERRA CAMARGO*<br>*PS_5422_2025_EDCFA4*<br>**LORENSA BECERRA CAMARGO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012417902 | | VEGA HERNANDEZ ANGIE CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 71a sur #83b-85 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 1772783527 | 9490455296 | I | 2025/09/02 | 2025/09/15 | BANCO DE BOGOTA | 13 | $444,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Días | Codigo | Días | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1012417902 | VEGA ANGIE | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS017 | 30 | | 0 | 14-11 | 30 | 2.436% | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012417902 | | VEGA HERNANDEZ ANGIE CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 71a sur #83b-85 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 1772783527 | 9490455296 | I | 2025/09/02 | 2025/09/15 | BANCO DE BOGOTA | 13 | $444,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $1,900 | $0 | $229,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $1,900 | $0 | $229,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $300 | $0 | $35,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $300 | $0 | $35,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $1,500 | $0 | $179,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $178,000 | $1,500 | $0 | $179,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $3,700 | $0 | $444,200 |