



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: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ			CC:	1033726725	
CORREO ELECTRÓNICO:	LHAMAYA2011@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3195622885	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 15 10 30			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91218086409	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5715 2025	Nº CDP:	2516	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/10	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					
 LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ PS_5715_2025_4A5E7D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ CC: 1033726725 CEL: 3195622885						



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			
LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ			
CON C.C.Nº		1.033.726.725	
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 5715 2025	FECHA INICIO CONTRATO
			2025/06/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.647.324	No. HORAS EJECUTADAS
			0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	10.114.764	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 2.733.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Bravo Paez		
3	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED		
4	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas		
5	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal		
6	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		
7	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda. Participacion en capacitación convocada por SED,para refuerzo y tienda escolar.		
8	Para el mes de septiembre el cumplimiento es de 90 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa		
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 vacunacion segun demanda		
11	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de septiembre		
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:	Nº 9490651288	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/11	\$ 178.700

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	\$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.300
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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	<i>LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ</i> <i>PS_5715_2025_4A5E7D</i> LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ CC: 1033726725		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> <i>PS_5715_2025_4A5E7D</i> OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>LORENSA BECERRA CAMARGO</i> <i>PS_5715_2025_4A5E7D</i> LORENSA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1000001255		9490651288	I	2025/09/05	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	\$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1033726725	AMAYA LUZ	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1000001255	9490651288	I	2025/09/05	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	\$442,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700
TOTAL				1	\$440,500	\$1,800	\$0	\$442,300