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:	**YURY PAOLA PADILLA GARCIA**			**CC:**	**1033738850**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YURIPADILLA123M@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103405754**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 57 H SUR 68 D 75**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000500088653**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5419 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**					

YURY PAOLA PADILLA GARCIA
PS_5419_2025_3DDDC8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YURY PAOLA PADILLA GARCIA
CC: 1033738850
CEL: 3103405754

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

YURY PAOLA PADILLA GARCIA

CON C.C N° **1.033.738.850**

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 5419 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 realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y se realiza taller día 17 acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED para docentes de la IED
2	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de septiembre
3	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Técnico Aldemar Rojas Plazas
4	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED
5	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de septiembre
7	Para el mes de septiembre el cumplimiento es de 95 actividades con reporte de interculturalidad, muvi y proyecto experiencia significativa
8	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
9	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal
10	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.
11	se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacunación según demanda

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° 89369046	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*YURY PAOLA PADILLA GARCIA* *PS_5419_2025_3DDDC8* **YURY PAOLA PADILLA GARCIA** **CC: 1033738850**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS* *PS_5419_2025_3DDDC8* **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_5419_2025_3DDDC8* **LORENSA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**