

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:	ANA CLEMENTINA SAAVEDRA CARDOZO			CC:	51720477
CORREO ELECTRÓNICO:	clemenciacardozos@gmail.com			TELÉFONO:	3132089846
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24 2B 27			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	17404561847



DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5374 2025	Nº CDP:	2516	Nº. 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



ANA CLEMENTINA SAAVEDRA CARDOZO  
PS\_5374\_2025\_2809E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
ANA CLEMENTINA SAAVEDRA CARDOZO  
CC: 51720477  
CEL: 3132089846

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANA CLEMENTINA SAAVEDRA CARDOZO			
CON C.C N°		51.720.477	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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 CENTR ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO SED 7827009 2025		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5374 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/05/13</b>
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.465.076	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.570.384	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.733.720
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES		
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENSA BECERRA CAMARGO		
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>		
1	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.		
2	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Tecnico Menoral		
3	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas 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 entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de septiembre		
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 educativas 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		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30)			
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 8637757565	<b>OPERADOR:</b>	ASOPAGOS
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/09	
<b>PENSIÓN:</b>	SIN DATO	2025/09/09	\$ 0
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA	2025/09/09	\$ 34.700
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 212.700</b>
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
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, si 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.			
<b>VII. ANEXOS</b>			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 ANA CLEMENTINA SAAVEDRA CARDOZO PS_5374_2025_2809ED ANA CLEMENTINA SAAVEDRA CARDOZO CC: 51720477		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PS_5374_2025_2809ED OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO		