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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUCENID ESCOBAR MENDEZ**			**CC:**	**1031129957**
CORREO ELECTRÓNICO:	**lucenid0430@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3113836942**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 3 48T 73 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002100125133**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7628 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.587.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/15 AL 2025/10/31**				

LUCENID ESCOBAR MENDEZ
PS_7628_2025_B69321

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUCENID ESCOBAR MENDEZ
CC: 1031129957
CEL: 3113836942

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			
LUCENID ESCOBAR MENDEZ			
	CON C.C N°	**1.031.129.957**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7628 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**98**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.788.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.587.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIECIOCHO (18) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	Presente mis servicios con calidad y oportunidad durante las jornadas extramurales, cumpliendo los tiempos y protocolos establecidos.
2	Elabore y entregue el cronograma mensual de las actividades junto con el informe correspondiente.
3	Presente los soportes técnicos y evidencias requeridas conforme a los anexos y lineamientos del convenio.
4	Participe en las auditorías internas y ejecute acciones de mejora continua de calidad.
5	Realice la apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del convenio para su aplicación operativa y los presente mediante acta.
6	Desarrolle procesos de asistencia técnica en los diferentes componentes del convenio según mi perfil profesional.
7	Ingrese los datos obtenidos durante las acciones en campo con calidad y oportunidad en el aplicativo en línea.
8	Realice notificación de los eventos en interés publica que se identifican durante la visita de manera oportuna.
9	Realice entrega de formatos en el orden de las visitas semanalmente o en su defecto cuando se requieran.
10	Asistí a capacitaciones presenciales y virtuales requeridas para la mejora continua del producto.
11	Realice caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad y veracidad realizando los tamizajes correspondientes según lineamiento en el desarrollo de la caracterización (apgar, toma de medidas antropométricas según resolución 3280-2018, oms, findrisc, cuestionario de epoc y planilla de firmas).
12	Diligencie la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS de la SDS diariamente a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervención.
13	Presente el cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales).
14	Participe el comité territorial mensual.
15	Realice el registro de las planillas de familias con consentimiento informado y aplicativo en línea.
16	Gestione y active los riesgos en salud identificados con oportunidad a través del agendamiento, activaciones de ruta o formatos de notificación de eventos de interés en salud pública según corresponda.
17	Cumplí con las responsabilidades asignadas y las obligaciones establecidas por convenio más bienestar vigente, suscrito entre el FDS y la SUBRED, así como con los lineamientos técnicos y operativos que de este se deriven.

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 (2025-10-15) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*LUCENID ESCOBAR MENDEZ* *PS_7628_2025_B69321* **LUCENID ESCOBAR MENDEZ** **CC: 1031129957**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7628_2025_B69321* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7628_2025_B69321* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 04:20:53 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075652576

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823064440

PAGADO 17/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUCENID ESCOBAR MENDEZ		
Documento	CC1031129957	**Dirección**	CR 3 #48 R - 19 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3113836942
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1031129957	LUCENID ESCOBAR MENDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 1.500	$ 442.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pago PSE

Transacción aprobada

Resultado de la transacción

Código único CUS
1861172692

Destino Pago
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo
Pago PSE. Ref:8823064440-202509-1075746. idTrans:1075746

Fecha
17-10-2025

Número de aprobación
61172692

Dirección IP
186.86.110.227

Número de factura
176075002854488

Valor transacción	Costo de la transacción	Valor impuestos
$ 442.000,00	$ 0,00 IVA incluido	$ 0,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
02	900097333	6311

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA COBRO MES FEBRERO 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA COBRO MES FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4707 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4707 2025 CRP-12678.pdf	2 PS 4707 2025 CRP-12678.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4707 2025 CRP-13151.pdf	3 PS 4707 2025 CRP-13151.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4707 2025 CRP-21157.pdf	4 PS 4707 2025 CRP-21157.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4707 2025 CRP-22665.pdf	5 PS 4707 2025 CRP-22665.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
6 PS 4707 2025 CRP-22813.pdf	6 PS 4707 2025 CRP-22813.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025 .pdf	PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025 .pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4707 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >