

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HEIDY LORENA DAZA SALAMANCA			CC:	1013604832
CORREO ELECTRÓNICO:	LORENAYSHARON01@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3102274004
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 24 SUR 12 41			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488450563728
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7483 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.089.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/09 AL 2025/10/31				
<div><div>HEIDY LORENA DAZA SALAMANCA PS_7483_2025_1B36DA</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HEIDY LORENA DAZA SALAMANCA CC: 1013604832 CEL: 3102274004</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
HEIDY LORENA DAZA SALAMANCA

CON C.C N°1.013.604.832

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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 7483 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/09

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$2.285.280No. HORAS EJECUTADAS129

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$2.285.280VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.089.800

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASVEINTITRES (23) 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	Realice caracterización sociodemográfica e identificación del riesgo extramural a familias que fueron identificadas en la localidad san cristobal
2	Presente cronograma a diario de actividades realizadas en el mes de octubre 2025 en la localidad de san cristobal
3	Plasme información de las actividades extra murales realizadas con sus respectivos soportes
4	Asistí a las actividades establecidas por la subred centro oriente para la acreditación de la misma
5	Realice lectura y apropiación conceptual de lineamientos, fichas técnicas y anexos del convenio
6	Asistí a reuniones y fortalecimientos convocados por líderes operativos y secretaria de salud
7	Realice formatos de planilla de firmas con calidad plasmando información de los usuarios captados en las intervenciones realizadas en el mes de octubre 2025
8	Participe en jornadas comunitarias o institucionales establecidas por la subred centro oriente durante el mes de octubre 2025
9	Realice activaciones de ruta con eps a diario por cada usuario según el riesgo identificado para dar respuesta a las necesidades identificadas en la localidad de san cristobal
10	Asistí a asistencia técnica convocada por secretaria de salud para recibir instrucciones y resolver inquietudes en cuanto al nuevo lineamiento vigencia: octubre 01 de 2025 a 30 de junio 2027.
11	Organice las planillas de firmas revisando que se encontraran con la calidad establecida sin enmendaduras ni tachones
12	realice desplazamiento a territorio para realizar caracterización sociodemográfica, seguimientos a prioridades por los equipos básicos extra murales
13	Caracterice las familias del territorio identificando sus riesgos aplicando los respectivos tamizajes, toma de signos vitales e identificación del riesgo y dando respuesta a sus necesidades en salud
14	Plasme con calidad la información obtenida durante la caracterización sociodemográfica en el aplicativo gtaps a diario con un tiempo de las 24 horas de la valoración
15	Retroalimente mapas abordados durante el mes con su respectiva manzana en cada dirección dando un estado a la vivienda
16	Realice entrega de mapas, matriz de apropiación territorial realizada en el respectivo territorio
17	Asistí a comité de cuidado de la localidad rafael uribe uribe en la fecha que convoco el líder operativo
18	Plasme las actividades realizadas durante el mes de octubre 2025 con calidad para su respectiva auditoria
19	Realice proceso de agendamiento en tiempo real a usuarios tipo 4, respectivas activaciones de ruta y derivaciones a profesionales según lo identificado a nivel familiar
20	Cumplí con calidad a la cantidad de actividades establecidas durante el mes de octubre 2025 requeridas por la secretaria de salud y la subred centro oriente

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 (2025-10-09) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 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	<div><div>HEIDY LORENA DAZA SALAMANCA PS_7483_2025_1B36DA</div><div>HEIDY LORENA DAZA SALAMANCA CC: 1013604832</div></div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PS_7483_2025_1B36DA</div><div>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PS_7483_2025_1B36DA</div><div>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1013604832		DAZA SALAMANCA HEIDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll24sur#12-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102274004	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1000001860		9492135869	I	2025/10/08	2025/10/20	BANCO DE BOGOTA	\$472,700

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			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1013604832	DAZA HEIDY	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$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 1013604832		DAZA SALAMANCA HEIDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll24sur#12-41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102274004	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1000001860	9492135869	I	2025/10/08	2025/10/20	BANCO DE BOGOTA	12	\$472,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,700	\$0	\$229,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,700	\$0	\$229,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,400	\$0	\$179,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$1,400	\$0	\$179,400	
TOTAL				1	\$469,000	\$3,700	\$0	\$472,700	

Banco de Bogotá

**Comprobante
Pago de servicio**

ID PDV: 84919

Fecha: 2025/10/18 16:37:53

Convenio: PLANILLA AS APORTES
LINEA (Planilla Asistida Aportes en I

Código de convenio: 1506

Referencia de pago: 9492135869

Núm apro/recibo: 183180

Trx: 2239955818

Terminal Aval: 7915

Valor: \$472.700,00

Estado: Exitosa

El costo de este transaccíon es \$0

Línea de atención al cliente Bogotá 7915006

Nacional 018000512829

La transacción se realizó por la plataforma

El pago de convenios es efectuado por

Banco de Bogotá

- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- Ejecución del Contrato
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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 4884 2025 CUENTA COBRO MES FEB 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA COBRO MES FEB 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025-1.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4884 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4884 2025 CRP-12731.pdf	2 PS 4884 2025 CRP-12731.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4884 2025 CRP-13124.pdf	3 PS 4884 2025 CRP-13124.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 4884 2025 CRP-21263.pdf	4 PS 4884 2025 CRP-21263.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 4884 2025 CRP-22898.pdf	5 PS 4884 2025 CRP-22898.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	PS 4884 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar