

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAZBLEYDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ			CC:	1000005922
CORREO ELECTRÓNICO:	jazblecaro06@gmail.com			TELÉFONO:	3012876988
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18A 32A 09			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488444188822

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5388 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.822.480
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/20
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/20		



JAZBLEYDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ
PS_5388_2025_B5E96C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAZBLEYDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ

CC: 1000005922

CEL: 3012876988

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JAZBLEYDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ

CON C.C N°

1.000.005.922

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 5388 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/13
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.465.076	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.392.864	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.822.480
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

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	1.Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Jorge Soto Del Corral.
2	2.participacion semana de capacitación fortalecimiento de habilidades del 6 al 10 de octubre IED Panamericano.
3	3.Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas.
4	4.Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal.
5	5.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 .
6	6.Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de octubre.
7	7.Para el mes de octubre el cumplimiento es de 40 actividades con reporte de diario y proyecto experiencia significativa.
8	8.Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
9	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	10.se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunación según demanda.
11	11.Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de octubre.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-20)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492077184	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 178.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 228.300

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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	 <p><i>JAZBLEYDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ</i> <i>PS_5388_2025_B5E96C</i></p> <hr/> <p>JAZBLEYDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ CC: 100005922</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> <i>PS_5388_2025_B5E96C</i></p> <hr/> <p>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</i> <i>PS_5388_2025_B5E96C</i></p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000005922		CHAPARRO RAMIREZ JAZBLEYDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera18A #32-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2025-09	2025-09	1842346496	9492077184	I	2025/10/07	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	3	
								Valor	\$441,500

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	1000005922	CHAPARRO JAZBLEYDY	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	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 1000005922		CHAPARRO RAMIREZ JAZBLEYDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera18A #32-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	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	1842346496	9492077184	I	2025/10/07	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	3	\$441,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,000	\$0	\$441,500	



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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		
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 5388 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	NC SUSPENSION DE CONTRATOS SED.pdf	NC SUSPENSION DE CONTRATOS SED.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 MODIF No. 1.pdf	PS 5388 2025 MODIF No. 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 5388 2025 CRP-16326.pdf	1 PS 5388 2025 CRP-16326.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 5388 2025 CRP-17682.pdf	2 PS 5388 2025 CRP-17682.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5388 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5388 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES OCT 2025.pdf (Archivado)	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES OCT 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	PS 5388 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >