

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALEJANDRA MILENA MARIN ESCALANTE		CC:	52447275	
CORREO ELECTRÓNICO:	milenamarin933@gmail.com		TELÉFONO:	3046072886	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 12 B ESTE 88F 74 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480377186

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5373 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		



ALEJANDRA MILENA MARIN ESCALANTE
PS_5373_2025_0DB110

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEJANDRA MILENA MARIN ESCALANTE
CC: 52447275
CEL: 3046072886

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

ALEJANDRA MILENA MARIN ESCALANTE

CON C.C N°

52.447.275

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 5373 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	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Juan Rey
2	participacion semana de capacitacion fortalecimiento de habilidades del 6 al 10 de octubre IED Panamericano
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
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	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	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de octubre
7	Para el mes de octubre el cumplimiento es de 40 actividades con reporte de diario y proyecto experiencia significativa
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
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 educacativas 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 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° 9493175573	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	\$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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>ALEJANDRA MILENA MARIN ESCALANTE</i> PS_5373_2025_ODB110</p> <hr/> <p>ALEJANDRA MILENA MARIN ESCALANTE CC: 52447275</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> PS_5373_2025_ODB110</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> PS_5373_2025_ODB110</p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52447275		MARIN ESCALANTE ALEJANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 12 b este # 88 f 74 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	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	1847813145	9493175573	I	2025/10/17	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$469,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$469,000	\$0	\$0	\$469,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52447275		MARIN ESCALANTE ALEJANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 12 b este # 88 f 74 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7111111	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	1847813145	9493175573	I	2025/10/17	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$469,000

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: BOGOTA Depto: BOGOTA 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 52447275	MARIN ALEJANDRA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	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	



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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? 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		
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 5373 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 MODIF No. 1.pdf	PS 5373 2025 MODIF No. 1.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 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 5373 2025 CRP-16311.pdf	1 PS 5373 2025 CRP-16311.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 5373 2025 CRP-17667.pdf	2 PS 5373 2025 CRP-17667.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf (Archivado)	PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 5373 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5373 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES OCT 2025.pdf (Archivado)	PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES OCT 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025-.pdf	PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025-.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 5373 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >