

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL		CC:	52446755	
CORREO ELECTRÓNICO:	DORYS_ANGEL@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3195303643	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1C 40A 40 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480311227

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5438 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		



DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL
PS_5438_2025_0FC9BE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL

CC: 52446755

CEL: 3195303643

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

DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL

CON C.C N°

52.446.755

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 5438 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 Altamira Sur Oriental.
2	2. Participación 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° 9492368063	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	2025/10/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 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 ibr 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>DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL</i> <i>PS_5438_2025_0FC9BE</i></p> <hr/> <p>DORIS ANGELICA HERNANDEZ BAÑOL CC: 52446755</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> <i>PS_5438_2025_0FC9BE</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_5438_2025_0FC9BE</i></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 52446755		HERNANDEZ BAÑOL DORIS ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 C 40 A 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

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	1843539654	9492368063	I	2025/10/14	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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	52446755	HERNANDEZ DORIS	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	ESSC24	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 52446755		HERNANDEZ BAÑOL DORIS ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 C 40 A 40 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

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	1843539654	9492368063	I	2025/10/14	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$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	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1 Información general

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Si No

7 Ejecución del Contrato

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

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO 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 5438 2025 MODIF No. 1.pdf	PS 5438 2025 MODIF No. 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 5438 2025 CRP-16398.pdf	1 PS 5438 2025 CRP-16398.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 5438 2025 CRP-17727.pdf	2 PS 5438 2025 CRP-17727.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5438 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5438 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES SETP 2025.pdf	PS 5438 2025 CUENTA DE COBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

