



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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA	CC:	52782404		
CORREO ELECTRÓNICO:	NIDIAPOSADA21@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3124007261		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 B 93 SUR 21	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	152012986

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5445 2025	Nº CDP:	2516	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.733.720



NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA
PS_5445_2025_168B7B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA

CC: 52782404

CEL: 3124007261



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

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

NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA

CON C.C N°

52.782.404

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 5445 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/05/13

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 10.570.384 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.733.720

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENSA BECERRA CAMARGO

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	Para el mes de septiembre el cumplimiento es de 95 actividades con reporte de interculturalidad, muvi y proyecto experiencia significativa
2	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de septiembre
3	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Gloria Valencia De Castaño
4	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED
5	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
6	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal
7	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y se realiza taller dia 17 acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED para docentes de la IED
8	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de septiembre
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 participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda. Participacion en capacitación convocada por SED, para refuerzo y tienda escolar.
11	se realiza apoyo a jornadas educactivas y de salud referentes a Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89098258	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/11	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <p style="text-align: right;"><i>NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA</i> PS_5445_2025_168B7B</p> <hr style="width: 200px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA CC: 52782404</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p style="text-align: right;"><i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> PS_5445_2025_168B7B</p> <hr style="width: 200px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: right;"><i>LORENSA BECERRA CAMARGO</i> PS_5445_2025_168B7B</p> <hr style="width: 200px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>LORENSA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

La empresa **NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA**, identificada con **CC** número **52782404**, aportó por **NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA** identificado(a) con **CC** número **52782404** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2025-8 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	R	T	T	T	V	V	S	I	L	V	A	V	I	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59															0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Agosto - 2025	89098258	11/09/2025	No	
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Agosto - 2025	89098258	11/09/2025	No	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	30	\$1,423,500	0.02436	\$34,700	\$0	\$0	Agosto - 2025	89098258	11/09/2025	No	

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **September** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



CO-SO2862-16



CO-S10CG-1