



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTIÓN 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:	NURY SOLID MONTENEGRO CELIS		CC:	1110233175	
CORREO ELECTRÓNICO:	NURYSOLIDMONTENEGRO121987@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3103875383	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 80B 18A 15 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	56778655573

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 6128 2025	Nº CDP:	2334	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y VEINTISEIS (26) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/06	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	S 2.733.720					



NURY SOLID MONTENEGRO CELIS  
PS\_6128\_2025\_CE802D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NURY SOLID MONTENEGRO CELIS

CC: 1110233175

CEL: 3103875383



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL**  
**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**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**

**NURY SOLID MONTENEGRO CELIS**

**CON C.C N°**

**1.110.233.175**

**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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6128 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/08/06</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 5.102.944	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 5.102.944	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.733.720
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** UN (1) MES Y VEINTISEIS (26) DIAS

**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)

ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignada
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, Realiza socialización a comunidad educativa sobre ruta de accidentalidad escolar
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de septiembre
7	Para el mes de septiembre el cumplimiento es de 90 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa
8	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.
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 septiembre

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>N° 9491704827</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>APORTES EN LINEA</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	<b>COMPENSAR</b>	<b>2025/09/16</b>	<b>\$ 148.300</b>

PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/16	\$ 189.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/16	\$ 28.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 367.000</b>

**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 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)
- 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>NURY SOLID MONTENEGRO CELIS</i> <i>PS_6128_2025_CE802D</i> <hr/> <b>NURY SOLID MONTENEGRO CELIS</b> <b>CC: 1110233175</b>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> <i>PS_6128_2025_CE802D</i> <hr/> <b>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>LORENSA BECERRA CAMARGO</i> <i>PS_6128_2025_CE802D</i> <hr/> <b>LORENSA BECERRA CAMARGO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110233175		MONTENEGRO CELIS NURY SOLID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 SUR N. 18 B - 26 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000414	9491704827	I	2025/09/16	2025/09/16	BANCO DE BOGOTA	0	\$367,000

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,186,250	\$189,800			\$1,186,250	\$148,300			\$0	\$0			\$1,186,250	\$28,900		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,186,250	\$189,800			\$1,186,250	\$148,300			\$0	\$0			\$1,186,250	\$28,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,186,250	\$189,800			\$1,186,250	\$148,300			\$0	\$0			\$1,186,250	\$28,900		\$0	\$0
1	CC	1110233175	MONTENEGRO NURY	231001	25	\$1,186,250	\$189,800	EPS008	25	\$1,186,250	\$148,300	0	\$0	\$0	14-11	25	\$1,186,250	\$28,900	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,186,250	\$189,800			\$1,186,250	\$148,300			\$0	\$0			\$1,186,250	\$28,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110233175		MONTENEGRO CELIS NURY SOLID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 SUR N. 18 B - 26 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000414	9491704827	I	2025/09/16	2025/09/16	BANCO DE BOGOTA	0	\$367,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,800	\$0	\$0	\$189,800	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$189,800	\$0	\$0	\$189,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,900	\$0	\$0	\$28,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$28,900	\$0	\$0	\$28,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$148,300	\$0	\$0	\$148,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$148,300	\$0	\$0	\$148,300	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$367,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$367,000</b>	