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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON**			**CC:**	**1065633767**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LEIDYSlopez1791@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3104943143**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 61 2 09**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**599134335**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2958 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON
PS_2958_2026_764CE3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON
CC: 1065633767
CEL: 3104943143

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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			
LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON			
	CON C.C N°	**1.065.633.767**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2958 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA AYALA ROJAS		

ITEM	**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	Socialización de restricciones laborales a 3 colaboradores, que se encuentran en el programa de reincorporación laboral
2	Ejecución de informe para el reporte del FURAG, en relación las personas con discapacidad.
3	Mesa técnica interdisciplinaria de seguimiento de casos de Jorge Luis Bustos del sistema de vigilancia epidemiológico que requieran de acciones administrativas con dirección de Talento Humano.
4	Ejecución de la estrategia Experiencia Psicofísica donde se realiza seguimiento e intervención de los casos del personal incluido en el Sistema a de Vigilancia Epidemiológica de Desórdenes Músculo Esquelético (SVE- DME) de Medicina Laboral de la entidad, articulado con el riesgo psicosocial EL DIA 24/03/2026
5	Mesa técnica con los lideres de zona del convenio PSPIC, en la unidad Primera de mayo, con el fin de realizar articulacion de actividades
6	Ronda de Seguridad y Salud en el trabajo, con psicosocial, locativo, emergencias y biomecanicos, en revision de los puestos de trabajos provisiones
7	Desarrollo de la actividad de Manipulación Manual de Cargas, en la localidad de mártires
8	Informe de Análisis de puesto de trabajo solicitado por la Nueva EPS, para calificación de origen, con recolección de información en el puesto de trabajo de la colaboradora y creación del FUREL
9	Articulación con dirección administrativa- infraestructura para el arreglo de puestos de trabajo y/o sillas ergonómicas de manera correcta, con el fin de adecuar puestos de trabajos según la NTC 5831.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501305109	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/03/12	$ 275.000

PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/12	$ 352.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/03/12	$ 91.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 718.100

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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON* *PS_2958_2026_764CE3* **LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON** **CC: 1065633767**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA AYALA ROJAS* *PS_2958_2026_764CE3* **MARTHA AYALA ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065633767		LOPEZ ESCANDON LEIDYS LIBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 61#2-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	133554187	9501305109	N	2026/03/16	2026/03/12	BANCO DE BOGOTA	0	$718,100

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)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$91,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$91,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$91,100		$0	$0
1	CC	1065633767	LOPEZ LEIDYS	230201	30	($1,959,744)	($313,600)	EPS002	30	($1,959,744)	($245,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,959,744)	($10,300)	0	$0	$0
2	CC	1065633767	LOPEZ LEIDYS	230201	30	$4,159,744	$665,600	EPS002	30	$4,159,744	$520,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,159,744	$101,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$91,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065633767		LOPEZ ESCANDON LEIDYS LIBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 61#2-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	133554187	9501305109	N	2026/03/16	2026/03/12	BANCO DE BOGOTA	0	$718,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$91,100	$0	$0	$91,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$91,100	$0	$0	$91,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				**1**	**$718,100**	**$0**	**$0**	**$718,100**

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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

Datos guardados

Cancelar

< Eva

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		
☐	1 PS 2958 2026 CRP -10440.pdf	1 PS 2958 2026 CRP -10440.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_2958_2026_FEBRERO_PLANILLASS.pdf	PS_2958_2026_FEBRERO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >