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: (30-06-2026)					
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:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON
PS_2958_2026_A5810F

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:	$ 31.134.325	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUIS FERNANDO JOYA JOYA		

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	Ejecución de Jornada Nocturna para los Colaboradores de APT, con la temática de Manipulacion Manual de Cargas
2	Socializacion de Lecciones aprendidas a los conductores de APH, debido al aumento de la accidentalidad y el uso correcto de MMC
3	Análisis de puesto de trabajo para calificación de Origen a una colaboradora en el Hospital Victoria
4	Socialización de restricciones laborales con Coordinación de enfermería del Hospital Santa Clara (1) y Hospital Victoria (2)
5	Reunión de articulación con Gestion del Riesgo, para conocer las necesidades en seguridad y salud en el trabajo y remplantear la ejecucion de las actividades articuladas
6	Capacitación de Higiene Postural a 112 colaboradores en las Unidades: San José Obrero, Alpes, Laches y Cruces.
7	Capacitación y entrenamiento a la brigada de emergencias de la SUBREDCO, en manipulacion manual de cargas
8	Reunion de articulacion para la implementacion del programa de habitos y estilos de vida saludable con riesgo biologico y psicosocial
9	Reunion de articulacion con direccion administrativa para proyeccion de necesidad del mobiliario-sillas ergonomicas
10	Socialización en el COPASST, sobre los avances del riesgo biomecanico, en las diferentes necesidades

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9505494778-9506082128	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/05	$ 311.340
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/05	$ 398.515
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/05	$ 60.673
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 770.528

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_A5810F* **LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON** **CC: 1065633767**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUIS FERNANDO JOYA JOYA* *PS_2958_2026_A5810F* **LUIS FERNANDO JOYA JOYA** **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
2026-05	2026-05	368180754	9505494778	I	2026/06/17	2026/06/05	BANCO DE BOGOTA	0	$682,700

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)					$2,352,000	$376,400			$2,352,000	$294,000			$0	$0			$2,352,000	$12,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,352,000	$376,400			$2,352,000	$294,000			$0	$0			$2,352,000	$12,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,352,000	$376,400			$2,352,000	$294,000			$0	$0			$2,352,000	$12,300		$0	$0
1	CC	1065633767	LOPEZ LEIDYS	230201	30	$2,352,000	$376,400	EPS002	30	$2,352,000	$294,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,352,000	$12,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,352,000	$376,400			$2,352,000	$294,000			$0	$0			$2,352,000	$12,300		$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
2026-05	2026-05	368180754	9505494778	I	2026/06/17	2026/06/05	BANCO DE BOGOTA	0	$682,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$376,400	$0	$0	$376,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$376,400	$0	$0	$376,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,300	$0	$0	$12,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,300	$0	$0	$12,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,000	$0	$0	$294,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$294,000	$0	$0	$294,000
TOTAL				**1**	**$682,700**	**$0**	**$0**	**$682,700**

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
2026-05	2026-05	378366064	9506082128	N	2026/06/17	2026/06/10	BANCO DE BOGOTA	0	$88,000

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$139,000	$22,200			$139,000	$17,400			$0	$0			$139,000	$48,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$139,000	$22,200			$139,000	$17,400			$0	$0			$139,000	$48,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$139,000	$22,200			$139,000	$17,400			$0	$0			$139,000	$48,400		$0	$0
1	CC	1065633767	LOPEZ LEIDYS	230201	30	($2,352,000)	($376,400)	EPS002	30	($2,352,000)	($294,000)		0	$0	$0	14-23	30	($2,352,000)	($12,300)	0	$0	$0
2	CC	1065633767	LOPEZ LEIDYS	230201	30	$2,491,000	$398,600	EPS002	30	$2,491,000	$311,400		0	$0	$0	14-23	30	$2,491,000	$60,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$139,000	$22,200			$139,000	$17,400			$0	$0			$139,000	$48,400		$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
2026-05	2026-05	378366064	9506082128	N	2026/06/17	2026/06/10	BANCO DE BOGOTA	0	$88,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,400	$0	$0	$48,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,400	$0	$0	$48,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,400	$0	$0	$17,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$17,400	$0	$0	$17,400
TOTAL				1	$88,000	$0	$0	$88,000