

<div></div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>				<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 5</div> <div>FECHA: 2024-09-09</div>	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA ROCIO MALAGON SOLER			CC:	53038346	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANAMALAGON@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3187521519	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14M 92 61 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488436075318	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5432 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 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.733.720					
<div><div></div><div><div>DIANA ROCIO MALAGON SOLER</div><div>PS_5432_2025_97D1E4</div></div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>DIANA ROCIO MALAGON SOLER</div> <div>CC: 53038346</div> <div>CEL: 3187521519</div>						



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			
DIANA ROCIO MALAGON SOLER			
CON C.C N°		53.038.346	
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 5432 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		
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	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED La Belleza Los Libertadores		
2	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED		
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, lineas pedagógicas en cada una de las IED asignadas		
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		
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de agosto		
7	Para el mes de agosto el cumplimiento es de 75 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.		
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 agosto		
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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9490250400	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/13	\$ 100.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 129.100

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 19.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 249.700
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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>DIANA ROCIO MALAGON SOLER</div><div>PS_5432_2025_97D1E4</div><div>DIANA ROCIO MALAGON SOLER</div><div>CC: 53038346</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</div><div>PS_5432_2025_97D1E4</div><div>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LORENSA BECERRA CAMARGO</div><div>PS_5432_2025_97D1E4</div><div>LORENSA BECERRA CAMARGO</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

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 53038346		MALAGON SOLER DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14M # 92 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8137108	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697218666	9490250400	I	2025/08/13	2025/08/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$249,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$806,650	\$129,100			\$806,650	\$100,900			\$0	\$0			\$806,650	\$19,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$806,650	\$129,100			\$806,650	\$100,900			\$0	\$0			\$806,650	\$19,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$806,650	\$129,100			\$806,650	\$100,900			\$0	\$0			\$806,650	\$19,700	
1	CC 53038346	MALAGON DIANA	25-14	17	\$806,650	\$129,100	EPS008	17	\$806,650	\$100,900		0	\$0	\$0	14-11	17	\$806,650	\$19,700	0
Total Afiliados(1)					\$806,650	\$129,100			\$806,650	\$100,900			\$0	\$0			\$806,650	\$19,700	

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 53038346		MALAGON SOLER DIANA ROCIO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CRA 14M # 92 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8137108	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-07	2025-07	1697218666	9490250400	I	2025/08/13	2025/08/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$249,700	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$129,100	\$0	\$0	\$129,100	
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$129,100	\$0	\$0	\$129,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$19,700	\$0	\$0	\$19,700	
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$19,700	\$0	\$0	\$19,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$100,900	\$0	\$0	\$100,900	
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7	1	\$100,900	\$0	\$0	\$100,900	
TOTAL					1	\$249,700	\$0	\$0	\$249,700	