

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

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	N° CUENTA:	56746724751

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6128 2025	N° CDP:	2334	N°. 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 2025/08/07 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.278.100					

 NURY SOLID MONTENEGRO CELIS  
PS\_6128\_2025\_4CA0C0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
NURY SOLID MONTENEGRO CELIS  
CC: 1110233175  
CEL: 3103875383

**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

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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>	\$ 2.278.100
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	UN (1) MES Y VEINTISEIS (26) DIAS
--	-----------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA 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	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de agosto
2	se realiza apoyo a jornadas educacativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda
3	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de agosto
4	Para el mes de agosto el cumplimiento es de 75 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa
5	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
6	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
7	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
8	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Republica Bolivariana De Venezuela
9	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SE
10	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
11	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal

**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 (2025-08-07) AL (2025-08-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N°	<b>OPERADOR:</b>	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR		\$ 0
<b>PENSIÓN:</b>	COLFONDOS		\$ 0

RIESGOS LABORALES:	SURA	\$ 0
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 0
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>		
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	 <i>NURY SOLID MONTENEGRO CELIS</i> <i>PS_6128_2025_4CA0C0</i> <hr/> <b>NURY SOLID MONTENEGRO CELIS</b> <b>CC: 1110233175</b>	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> <i>PS_6128_2025_4CA0C0</i> <hr/> <b>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>LORENSA BECERRA CAMARGO</i> <i>PS_6128_2025_4CA0C0</i> <hr/> <b>LORENSA BECERRA CAMARGO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>	

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

SURA

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1110233175

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

Nury

Solid

Montenegro

Celis

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

19/12/1987

Bogotá

Calle 80b No 18a 15 sur

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

Compensar

EPS - Salud

Colfondos

AFP - Pensiones

Honorarios

Auxiliar de Empresas

Perfil/ Profesión

[nurysolidmontenegro121987@gmail.com](mailto:nurysolidmontenegro121987@gmail.com)

Correo Electrónico

3103875383

Celular

Nury Montenegro C.



Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo  
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011



Medellín, 25 de agosto de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que NURY SOLID MONTENEGRO CELIS identificado(a) con C1110233175 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11102331752523760689

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA  
**VIGILADO**

Dirección IP 10.205.28.19



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) NURY SOLID MONTENEGRO CELIS identificado(a) con cedula ciudadanía 1.110.233.175, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210726	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de agosto de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
16653627

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NURY SOLID MONTENEGRO CELIS identificado(a) con C.C No. 1.110.233.175, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías