

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN		CC:	1000123734	
CORREO ELECTRÓNICO:	NIKOLARENAS00@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3227403018	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 81C 65 48 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24120810361

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5667 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN
PS_5667_2025_26E903

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN

CC: 1000123734

CEL: 3227403018

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN

CON C.C N°

1.000.123.734

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5667 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.166.690	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.157.654	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

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	1. SE LLEVA A CABO LA REVISION PERIODICA DE LOS REGISTRO DE ATENCION DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS INTERNA DEL CENTRO GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION Y ADAPTANDO LAS INTERVENCIONES ALAS NECESIDADES PARTICULARES DE LOS PACIENTES INTRAMURALES.
2	2. ASEGURA QUE LA INFORMACION DE LOS USURIOS ATENDIDOS EN EL CAPS SEA REGISTRADA DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL CENTRO
3	3. IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGUN LAS CONDICIONES CLINICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO PERIODICO Y CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA DEACUERDO CON LA PRIORIDAD ASIGNADA
4	4. REVISAR EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL USUARIO EN EL SISTEMA PAI WEB 2.0 REALIZANDO DEMANDA INDUCIDA PARA EL AGENDAMIENTO DE CADA PACIENTE, SE ORGANIZA JORNADAS DE VACUNACION DENTRO DEL CAPS SE ASEGURA LA ACTUALIZACION Y COBERTURA COMPLETA DE BIOLOGICOS.EN CASO DE ENCONTRARREGISTROS INCOMPLETOS SE INFORMA AL PROFESIONAL DE PAI PARA SU CORRECCION.
5	5. REALIZAR CONTACTO TELEFONICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA RECORDARLES EL DIA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA PARA CONSULTA EN EL CAPS SEGUN SEA NECESARIO.
6	6. LLEVAR EL REGISTRO DE USUARIOS CARACTERIZADOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITRIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGUN LOS ESTANDARES.
7	7. ASISTIR A CAPACITACIONES DE LA RUTA INTEGRAL DE LA SALUD, COMITES Y/O CONVOCATORIAS.
8	8. REALIZAR VALORACION INTEGRAL A LOS USUARIOS DURANTE LA INTERVENCION, IDENTIFICANDO RIESGO Y DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES DENTRO DEL CAPS SEGUN SEA NECESARIO.
9	9. REALIZAR NOTIFICACION D EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA SIVIGILA.
10	10. AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCION 3280-2018) DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION SEGUN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 81753772	OPERADOR:	ARUS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/15	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN PS_5667_2025_26E903</p> <hr/> <p>NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN CC: 1000123734</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5667_2025_26E903</p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

PAGADO 15/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NICOLL ARENAS		
Documento	CC1000123734	Dirección	CR 81C #65 - 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227403018
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AMP	ACI	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1000123734	NICOLL DAYANA ARENAS FUQUEN	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.100	\$ 442.600

- 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 Con...
- 9 Incumplimientos

Ver contrato

VER CONTRATO
Modificación del Contrato

Ref. de Modificación	Tipo de modificación	Fecha de modificación	Fecha de Aprobación	Estado	Versión	Versión previa	
CO1.CTRMOD.20818458	Modificar el contrato	7/11/2025 7:05 PM (UTC-8 hours)	7/11/2025 7:16 PM (UTC-8 hours)	Publicado	4	Ver	Detalle
CO1.CTRMOD.20699388	Modificar el contrato	29/10/2025 7:09 PM (UTC-8 hours)	29/10/2025 8:04 PM (UTC-8 hours)	Publicado	3	Ver	Detalle
CO1.CTRMOD.20037078	Modificar el contrato	24/08/2025 2:35 AM (UTC-8 hours)	24/08/2025 11:58 PM (UTC-8 hours)	Publicado	2	Ver	Detalle