

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAS RODRIGUEZ GOMEZ		CC:	1000219114	
CORREO ELECTRÓNICO:	nico.nicolas256@gmail.com		TELÉFONO:	3106253344	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 138 D 157 92		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4382024650

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5971 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/21	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



NICOLAS RODRIGUEZ GOMEZ  
PS\_5971\_2025\_9F8B98

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOLAS RODRIGUEZ GOMEZ

CC: 1000219114

CEL: 3106253344

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

**NICOLAS RODRIGUEZ GOMEZ**

CON C.C N°

**1.000.219.114**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO 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 5971 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/07/21**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

2.733.191

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

8.706.069

**VALOR DE HONORARIOS**

\$ 1.999.896

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

CINCO (5) 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	I.REALIZAR APOYO AL MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO.
2	GESTIONAR LAS ÓRDENES GENERADAS POR PROFESIONALES DE EQUIPO BASE.
3	REALIZAR EL PRIMER CONTACTO CON LOS MICROTERRITORIOS Y TERRITORIOS ASIGNADOS, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN PLANEACIÓN
4	INFORMAR EN LA COMUNIDAD LAS ACCIONES QUE DESARROLLARÁN LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS (PAGINA WEB INSTITUCIONAL, REDES SOCIALES Y GRUPOS DE WHATSAPP).
5	CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNO DE LOS MICROTERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO.
6	DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
7	REALIZAR LA BÚSQUEDA Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE HOGARES SIN IDENTIFICACIÓN EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS.
8	. REALIZAR LA BÚSQUEDA Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE HOGARES SIN IDENTIFICACIÓN EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS.
9	ENTREGAR INFORME MENSUAL QUE INCLUYA SOPORTES EN FÍSICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS.

**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° 90811795	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SURA	2025/11/20	\$ 179.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/20	\$ 229.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/20	\$ 35.100
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 444.600</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p align="center"><i>NICOLAS RODRIGUEZ GOMEZ</i> <i>PS_5971_2025_9F8B98</i></p> <hr/> <p align="center"><b>NICOLAS RODRIGUEZ GOMEZ</b> <b>CC: 1000219114</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p align="center"><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5971_2025_9F8B98</i></p> <hr/> <p align="center"><b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>