ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NICOLAS CELY CARDENAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-1022430915
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-01
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-12
FECHA DE PAGO:	2025-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35050152
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35050152
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 600	$ 178.000	$ 178.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 800	$ 227.800	$ 228.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 200	$ 34.700	$ 34.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 440.500	$ 442.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/12/2025

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 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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NICOLAS CELY CARDENAS**			**CC:**	**1022430915**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NICOLAS123@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3174142302**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 43 8 85**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24077418335**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1467 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

NICOLAS CELY CARDENAS
PS_1467_2025_4DFA3E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOLAS CELY CARDENAS

CC: 1022430915

CEL: 3174142302

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			
NICOLAS CELY CARDENAS			
	CON C.C N°	**1.022.430.915**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1467 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.775.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	Desde el ingreso se organiza al y/o los usuarios de acuerdo al servicio solicitado evitando filas y/o aglomeración de usuarios en las salas de espera.
2	Se realiza orientaciones a cada uno de los usuarios teniendo en cuenta la normatividad legal vigente
3	Se da orientación de manera oportuna de permanente entorno al proceso a realizar sobre el procesó de PQRS
4	Se verifica de maneras oportuna , diaria y permanente en las beses de datos para la asignación de citas y/o orientaciones requeridas por los usuarios.
5	Se realiza una muestra mensual de encuestas de derechos y deberes y/o satisfacción de acuerdo a la muestra asignada
6	se realizan las charlas y sensibilizaciones diarios en las salas de espera y de manera individual a los usuarios que se acercan diariamente al caps.
7	se realiza registro de manera continua y permanente en la plataforma SIDMA de las barreras que se le presentan a los usuarios.
8	Se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma en las salas de espera y de manera individual entorno al defensor del ciudadano.
9	Se realizan charlas y sencibilziaciones de acuerdo al cronograma manera continua en las salas de espera y de manera individual.
10	Se realiza entrega al jefe encargado las listad de sensibilizaciones y/o gestiones realizadas
11	se realizan charlas y/o sencibilziaciones de derechos y deberes de acuerdo al cronograma en las salas de espera y de manera individual.
12	se realiza consulta y asignación de manera continua y permanente en la plataforma DINÁMICA teniendo en cuenta el requerimiento del usuario.
13	Se realiza apoyo en los subprocesos según horarios establecidos
14	Se garantiza la informacion manejada de los diferentes aplicativos institucionales
15	Se cumple con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
16	Se porta visiblemente los elementos institucionales brindados
17	Se orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred

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° 35050152	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	$ 178.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 228.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/11	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.100

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	*NICOLAS CELY CARDENAS* *PS_1467_2025_4DFA3E* **NICOLAS CELY CARDENAS** **CC: 1022430915**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1467_2025_4DFA3E* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1467_2025_4DFA3E* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**