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:	**NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA**			**CC:**	**1010079793**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NICOLV991@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3160641891**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 150 142 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**05786519847**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3273 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
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**				

NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA
PS_3273_2025_424CF0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA
CC: 1010079793
CEL: 3160641891

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			
NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA			
	CON C.C N°	**1.010.079.793**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3273 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.579.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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. Supervisé al personal del Call Center, verificando el cumplimiento de los lineamientos operativos y la adecuada gestión de llamadas. 2. Capacité al equipo en el manejo de los sistemas de información y en los procedimientos institucionales. 3. Realicé seguimiento permanente al desempeño de los agentes, brindando retroalimentación oportuna y orientada a la mejora continua. 4. Desarrollé sesiones sobre los productos, servicios y políticas institucionales, fortaleciendo la calidad en la atención al usuario. 5. Supervisé las operaciones diarias, garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad, oportunidad y eficiencia definidos para el Call Center. 6. Atendí y resolví conflictos internos y externos, asegurando la continuidad del servicio. 7. Gestioné con el Departamento de TI el reporte, seguimiento y solución de fallas técnicas, contribuyendo al mejoramiento del sistema. 8. Remití el informe mensual de cancelaciones y reprogramaciones en dato cuantitativo al Jefe de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. (informe supervisión) 9. Facilití la comunicación y articulación con otras áreas institucionales para asegurar un servicio integral al usuario. 10. Participé activamente en reuniones, comités y espacios de trabajo, representando al Call Center y a la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano por delegación de asistencia conforme a los requerimientos institucionales. 11. Apliqué los estándares de Acreditación en Salud, incluyendo seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y mejora continua. 12. Apoyé la divulgación de campañas institucionales dirigidas a los usuarios. 13. Atendí casos especiales a través del correo electrónico, brindando acompañamiento y gestión. 14. Coordiné la gestión de citas, recordatorios y actividades asociadas al proceso de atención al paciente. 15. solicite apoyo al equipo para la arituclacion de encuestas de satisfacción del usuario. 16. Ejecúté acciones de mejora continua basadas en la retroalimentación de usuarios y del equipo operativo de acuerdo a las diferentes mesas de trabajo y reuniones en las que asisti. 17. Hice seguimiento a los indicadores operativos del Call Center, incluyendo tiempos de llamada, calidad y desempeño del personal. 18. Reporté fallas en el aplicativo Dinámica y otros sistemas, realizando seguimiento hasta su solución. 19. Elaboré informe sobre el rendimiento del equipo de trabajo. 20. Actué como enlace institucional, gestionando y resolviendo situaciones operativas que afectaban a agentes o usuarios. 21. Analicé la tasa de inasistencia a citas, identificando patrones y causas. 22. Asistí a espacios de fortalecimiento, capacitaciones y reuniones convocadas por la Oficina y por la Subred, garantizando participación y representación. 23. Apoyé actividades y subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria, según las necesidades operativas presentadas en el mes de noviembre. 24. Garantizé la reserva y confidencialidad de la información contenida en los diferentes aplicativos institucionales. 25. Cumplí con las obligaciones operativas requeridas en los centros de salud y hospitales, atendiendo necesidades de servicio. 26. Mantuve una presentación personal adecuada y el porte visible de los elementos institucionales, conforme a los lineamientos establecidos. 27. Ejecuté las actividades adicionales asignadas durante el periodo, relacionadas con el cumplimiento del objeto contractual. 28. Trabajé articuladamente con las áreas responsables para asegurar la carga oportuna de agendas, facilitando la atención por los diferentes canales. 29. Identifiqué y reporté inconsistencias relacionadas con la oportunidad de citas, gestionando su corrección ante las áreas responsables. 30. Apoyé la búsqueda de soluciones rápidas ante incrementos de demanda o cancelaciones de último minuto, garantizando la continuidad en la atención.

1	31, gestione y reporte los pacientes con cita en tramite pendiente por gestión. 32.Brinde respuesta a las solicitudes y visitas realizadas por los entes de control. 33. Conteste según los lineamientos institucionales todos los requerimientos y solicitudes realizadas a través del aplicativo interno de gestión documental (AgilSalud). 34. Participe en mesas de trabajo con la oficina de Sistemas con el fin de articular y promover la racionalización de tramites digitales. 35. Atendí y gestioné de manera oportuna los casos trasladados por las distintas EAPB, realizando la validación correspondiente, coordinando con las áreas responsables y asegurando respuestas dentro de los tiempos operativos, evitando retrasos y fortaleciendo la articulación interinstitucional. 36. Se realizaron mesas de trabajo orientadas a fortalecer, optimizar y avanzar en la puesta en marcha del aplicativo de autogestión de citas médicas, contribuyendo a su implementación efectiva y al mejoramiento del acceso de los usuarios. 37. Se brindó acompañamiento técnico y operativo al proyecto articulado entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Educación, atendiendo oportunamente los requerimientos y apoyando las actividades definidas dentro del alcance del mismo.

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° 81204991	OPERADOR:	ARUS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/19	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/19	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	$ 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA* *PS_3273_2025_424CF0* **NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA** **CC: 1010079793**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_3273_2025_424CF0* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-19, 03:45:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81204991

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 19/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA		
Documento	CC1010079793	**Dirección**	DG 150 #142 - 40 BARRIO SUBA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6016817901
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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 1010079793	NICOL DAYHANA VERGARA VALENCIA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

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	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 0	$ 469.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3273 -2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3273 -2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTAS DE COBRO FEBRERO 2025 OFICINA (1).pdf (Archivado)	CUENTAS DE COBRO FEBRERO 2025 OFICINA (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO NICOL VERGARA.pdf	CUENTA MARZO NICOL VERGARA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL -2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION MAYO -2025.pdf	CERTIFICACION MAYO -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3273 2025 CRP-5104.pdf	1 PS 3273 2025 CRP-5104.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3273 2025 CRP-12405.pdf	2 PS 3273 2025 CRP-12405.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 3273 2025 CRP-19782.pdf	3 PS 3273 2025 CRP-19782.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES SUPTIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES SUPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE 2025..pdf	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo