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: (31-07-2026)					
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 1940 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

NICOLAS CELY CARDENAS
PS_1940_2026_C9906A

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 APOYO A LA GESTION I 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 1940 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.968.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 LA UNIDAD MATERNO INFANTIL SE GESTIONA EL ACCESO DE LOS USUARIOS (1748) A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES
2	SE ORIENTA A CADA UNO DE LOS USUARIOS (1748) EN PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, PQRS Y VINCULACIÓN AL SGSSS QUE LO REQUIERAN
3	EN EL PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS (874) SE VERIFICAN A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR).
4	REALICE LAS ENCUESTAS DE ADHERENCIA DE DERECHOS Y DEBERES ASIGNADAS DE USUARIOS (5), COLABORADORES (5) Y TERCERIZADOS (5), ASI COMO LAS ENCUESTAS DE PORTAFOLIO (15) DE SERVICIOS Y LA CAPACITACIÓN A COLABORADORES (30) EN LOS DOS TEMAS CORRESPONDIENTES DEL MES EN CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y LAS METAS ESTABLECIDAS
5	DE MANERA DIARIA REALIZO LAS SESIONES EDUCATIVAS (44) EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y FORMATO ESTABLECIDO, Y REGISTRO EN EL APLICATIVO DE SI CUENTANOS LAS CAPACITACIONES GRUPALES REALIZADAS EN SALA
6	DE MANERA DIARIA REALIZÓ CINCO REGISTROS EN EL APLICATIVO DE SI CUENTANOS (105) BOGOTÁ DE ATENCIONES INDIVIDUALES Y DE BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTIÓN DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN META ESTABLECIDA
7	REALICÉ EL ÚLTIMO CURSO ESTABLECIDO POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO CONFLICTO DE INTERESES SIENDO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIA DE LA OFICINA Y ASISTÍ A LAS CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DESARROLLE LOS TALLERES PEDAGÓGICOS (1) SEGÚN EL CRONOGRAMA Y METODOLOGÍA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.
9	SE ENTREGAN EN LOS TIEMPOS CORRESPONDIENTES CADA UNO DE LOS SOPORTES DE LA PRODUCTIVIDAD Y GESTIÓN REALIZADA DENTRO DEL MES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
10	CON CADO DE LOS USUARIO QUE ATENDÍ (1748) CONSULTÉ EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO SU CONSULTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS MÉDICAS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIO
11	DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO CUANDO SE HA PRESENTADO UN REQUERIMIENTO, HE APOYADO EN LA VERIFICACIÓN Y EMISIÓN DE RESPUESTA A LA PQRS Y EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE ENTES DE CONTROL, EN EL MES DE DICIEMBRE NO HE TENIDO QUEJAS.
12	EN EL MES DE JULIO ASISTÍ A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
13	APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.

14	GARANTICE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES
15	CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES 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	PORTE VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
17	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 37725536	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 219.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/10	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 543.600

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_1940_2026_C9906A* **NICOLAS CELY CARDENAS** **CC: 1022430915**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1940_2026_C9906A* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NICOLAS CELY CARDENAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-1022430915
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-06
FECHA DE PAGO:	2026-07-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37725536
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37725536
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	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 700	$ 218.900	$ 219.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 900	$ 280.200	$ 281.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 200	$ 42.700	$ 42.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 541.800	$ 543.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/08/2026