

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO		CC:	1012334330	
CORREO ELECTRÓNICO:	RAMIREZ.15NC@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3115556630	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CARACAS 28B 07 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	15463212748

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4900 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.900.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO
PS_4900_2025_3B095E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO

CC: 1012334330

CEL: 3115556630

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

NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO

CON C.C N° 1.012.334.330

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 4900 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/17
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.634.603	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.021.227	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

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. GESTIONAR EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES |
| 2 | ORIENTAR A LOS USUARIOS EN PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, PQRS Y VINCULACIÓN AL SGSSS |
| 3 | VERIFICAR A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR) |
| 4 | . REALIZAR ENCUESTAS Y APLICACIÓN DE FORMATOS A LOS USUARIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y METAS ESTABLECIDAS |
| 5 | REALIZAR SESIONES EDUCATIVAS EN SALAS DE ESPERA DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO, REGISTRANDO LAS ATENCIONES EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS BOGOTÁ POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, REALIZANDO EL REGISTRO EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS |
| 6 | REALIZAR EL REGISTRO EN EL APLICATIVO SI CUÉNTANOS 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 | PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVÉS DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 8 | DESARROLLAR LOS TALLERES PEDAGÓGICOS SEGÚN EL CRONOGRAMA Y METODOLOGÍA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES. |
| 9 | ENTREGAR LOS SOPORTES DE LA GESTIÓN REALIZADA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. |
| 10 | CONSULTAR EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO CONSULTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS MÉDICAS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS CUANDO EL USUARIO ASÍ LO REQUIERA. |
| 11 | APOYAR LA VERIFICACIÓN, ASIGNACIÓN, Y EMISIÓN DE RESPUESTAS A PQRS, EN ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE ENTES DE CONTROL. |
| 12 | ASISTIR 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 | APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. |
| 14 | GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. |
| 15 | CUMPLIR 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 | PORTAR 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 DEMÁS 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 81778562	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/11/18	\$ 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	 <i>NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO</i> PS_4900_2025_3B095E NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO CC: 1012334330
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ</i> PS_4900_2025_3B095E MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES</i> PS_4900_2025_3B095E ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO