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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ**			**CC:**	**52897469**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PATRICIAQUIROGAD@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103383787**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 53 BIS 00 48**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002170078105**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1462 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ
PS_1462_2025_F282A7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ
CC: 52897469
CEL: 3103383787

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			
NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ			
	CON C.C N°	**52.897.469**	
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 1462 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.575.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	SE REALIZA GESTIÓN POR MEDIO DEL DIGITURNO Y ENTREGA DE LOS TURNOS, ORIENTANDO A LOS USUARIOS A LAS DIFERENTES OFICINAS SEGÚN SU REQUERIMIENTO (SE HACE ENTREGA DE MÁS DE 200 TURNOS APROXIMADOS DIARIOS A LAS DIFERENTES ÁREAS).
2	SE BRINDA ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN A LOS USUARIOS QUE SE PRESENTAN AL HOSPITAL SOBRE LA VINCULACIÓN AL SISTEMA DE SALUD (EPS) Y NIVEL DE ENCUESTA SISBEN (SE REALIZA APROXIMADAMENTE 80 A 100 ORIENTACIONES INDIVIDUALES DIARIAS)
3	SE REALIZA ORIENTACIÓN DIARIA Y PERMANENTE SEGÚN SEA LA NECESIDAD DEL SERVICIO; TODOS LOS PACIENTES SON VERIFICADOS EN COMPROBADORES DE DERECHOS, DNP Y ADRES, GEOREFERENCIADOR PARA PROCEDER AL ACCESO AL SERVICIO Y SEGÚN LA NECESIDAD DEL USUARIO (SE REALIZA APROXIMADAMENTE 100 A 120 VALIDACIONES INDIVIDUALES DIARIAS)
4	SE REALIZAN DURANTE EL MES UN TOTAL DE 15 ENCUESTAS DERECHOS Y DEBERES (FUNCIONARIOS, TERCERIZADOS, USUARIOS) Y 15 ENCUESTAS DE CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS (PORTAFOLIO DE SERVICIOS), A LA FECHA SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE 15 ENCUESTAS
5	SE REALIZA LA DIVULGACIÓN DE LAS SESIONES EDUCATIVAS SEGÚN CRONOGRAMA ESTABLECIDO; POR LO CUAL SE REALIZA 1 SESIÓN EDUCATIVA DE DERECHOS Y DEBERES DIARIA PARA UN TOTAL DE 21 AL MES Y DE LOS DEMÁS TEMAS DE SESIONES EDUCATIVAS SE REALIZA UN APROXIMADO DE 4 SESIONES EDUCATIVAS AL MES A LA FECHA SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE 11 HOJAS DE SESIONES EDUCATIVAS A LOS USUARIOS
6	SE IDENTIFICA LAS BARRERAS DE ACCESO Y SE REGISTRA EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS DE LA SECRETARIA DE SALUD; SE COMENTA QUE SE REALIZA UN REGISTRO DIARIO DE 5 BARRERAS INDIVIDUALES PARA UN TOTAL ESTE MES DE 105 BARRERAS INDIVIDUALES, DE LO CUAL A LA FECHA LLEVO UN REGISTRO DE 105 EN EL USUARIO ASIGNADO vcexterna2lavictoria_sco
7	SE ASISTE A LAS REUNIONES CITADAS POR LA JEFATURA DE LA OFICINA DE MANERA OPORTUNA Y PERMANENTE Y DEMÁS CAPACITACIONES INFORMADAS POR LA OFICINA // SE ASISTE A 1 REUNIÓN MENSUAL DE FORTALECIMIENTO Y A 1 REUNIÓN CON LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO Y SE REALIZÓ EL CURSO ASIGNADO PARA ESTE MES (SERVICIO A LA CIUDADANÍA).
8	SE REALIZA DIVULGACIÓN DEL TALLER PEDAGÓGICO VIRTUAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL USUARIO Y ADICIONALMENTE SE REALIZA EL TALLER PEDAGÓGICO PRESENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD VICTORIA POR LO CUAL DURANTE EL MES SE REALIZAN 4 TALLERES PEDAGÓGICOS DE LOS CUALES A LA FECHA SE HAN DICTADO 2 TALLERES PEDAGOGICOS
9	SE REALIZA ENTREGA DE LA PRODUCTIVIDAD EN LA FECHA ESTABLECIDA POR LA JEFATURA DE OFICINA O REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO, LA CUAL ES ENTREGADA DE MANERA OPORTUNA Y EN FÍSICO; PARA ESTE MES SE HACE ENTREGA DE FORMATOS DE CARACTERIZACIÓN (11 HOJAS); FORMATOS DE ENCUESTAS (15 ENCUESTAS DE DYD Y 15 ENCUESTAS DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS), HOJAS DE SESIONES EDUCATIVAS (11 HOJAS) A LA FECHA.
10	SE REALIZA EL AGENDAMIENTO DE CITAS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS EN LA PLATAFORMA DINÁMICA DE ACUERDO A LA DEMANDA DE USUARIOS QUE ASISTE AL HOSPITAL, POR LO CUAL A LA FECHA SE HAN AGENDADO 857 CITAS MEDICAS
11	SE REALIZA SOCIALIZACIÓN EN SALAS DE ESPERA DE TIEMPOS DE RESPUESTA DE PETICIONES CIUDADANAS, SIN EMBARGO, A LA FECHA NO SE HAN RECIBIDO SOLICITUDES POR PARTE DE LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO, POR LO CUAL PARA ESTE MES NO SE CUENTAN CON ACTAS DE RETROALIMENTACIONES POR PQRS.

12	SE ASISTE A LAS REUNIONES CITADAS POR LA JEFATURA DE LA OFICINA DE MANERA OPORTUNA Y PERMANENTE Y DEMÁS CAPACITACIONES INFORMADAS POR LA OFICINA // SE ASISTE A 1 REUNIÓN MENSUAL DE FORTALECIMIENTO Y A 1 REUNIÓN CON LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO
13	SE REALIZA APOYO CUANDO ES REQUERIDO O SOLICITADO POR LA EFERENTE DE SERVICIO Y/O JEFATURA DE LA OFICINA, LA CUAL ES DE MANERA OPORTUNA.
14	SE REALIZA LA DIVULGACIÓN EN SALA DE ESPERA DEL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD DE HISTORIA CLÍNICA Y SE SENSIBILIZA LA IMPORTANCIA DEL MISMO, A SU VEZ SE SE TIENE EN CUENTA CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y ORDENES MEDICAS AL MOMENTO DE LA ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN.
15	SE REALIZA DE MANERA OPORTUNA Y PERMANENTE SEGÚN LA NECESIDAD DE LA OFICINA Y/O JEFATURAS ENCARGADAS Y SE REALIZA DE MANERA PERMANENTE Y CONTINUA.
16	SE USA ADECUADAMENTE EL UNIFORME Y EL CARNET INSTITUCIONAL EN EL CENTRO DE SALUD DE FORMA MANERA DIARIA Y PERMANENTE
17	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES CUANDO ES REQUERIDO O SOLICITADO POR LA EFERENTE DE SERVICIO Y/O JEFATURA DE LA OFICINA, LA CUAL ES DE MANERA OPORTUNA

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7994966329	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 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	*NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ* *PS_1462_2025_F282A7* **NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ** **CC: 52897469**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1462_2025_F282A7* **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_1462_2025_F282A7* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52897469
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 53 BIS N 00 - 48	TELÉFONO:	2053458
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7994966329**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1994501306

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																													PENSIÓN									SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52897469	QUIROGA DIAZ NOHORA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.423.500	52897469	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500