

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ		CC:	1000321306	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGIECAMILATORRES123@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3126632903	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 5 7 A 46 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24076601956

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1954 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.520.610
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ
PS_1954_2026_53AB4B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ

CC: 1000321306

CEL: 3126632903

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

ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ

CON C.C N°

1.000.321.306

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE 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 1954 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.082.440	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.082.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.520.610
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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 | .Desarrollé procesos de educación, orientación y direccionamiento a usuarios, mediante la realización de 60 charlas en sala de espera sobre política institucional, portafolio de servicios, segunda opinión, canales de asignación de citas y derechos y deberes, así como la orientación individual a 84 usuarios durante el periodo reportado.
Las actividades las ejecuté conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, dejando registro en los formatos y aplicativos correspondientes |
| 2 | Gestioné el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 5.5400. usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador, facilitando su ingreso oportuno a los servicios.
Así mismo, brindé orientación a 6.780 usuarios en temas de aseguramiento, portafolio de servicios y presentación de inconformidades, informando sobre los canales disponibles para la radicación de PQRS (presencial, telefónico y virtual a través del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS), garantizando respuesta clara y oportuna a sus requerimientos. |
| 3 | Apliqué y registré en los enlaces institucionales establecidos por la Subred Centro Oriente un total de 8 encuestas, distribuidas así: 4 de derechos y deberes a usuarios, 1 a funcionarios, 1 sobre portafolio de servicios, 5.286 de caracterización y de evaluación a funcionarios, dando cumplimiento a los protocolos y metas definidas por la Oficina. |
| 4 | Realicé 318 sesiones educativas en salas de espera, en cumplimiento del cronograma establecido. Cada sesión la registré oportunamente en el aplicativo Sí Cuéntanos Bogotá como orientación grupal y en los formatos institucionales definidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos de la Oficina. |
| 5 | identifiqué las barreras de acceso de los usuarios y las registré en la plataforma Cuéntanos Bogotá, brindando orientación a 100 usuarios de la Secretaría de Salud. Se destaca que todas las barreras registradas recibieron una solución oportuna, cerrándose el 100% de los casos. |
| 6 | Realicé 0 talleres pedagógicos mensuales, en cumplimiento del cronograma establecido y conforme a la metodología definida en los manuales y protocolos institucionales vigentes, dejando los respectivos soportes de ejecución. |
| 7 | Consolidé y entregué mensualmente los soportes de la gestión realizada, correspondientes a 14 charlas, 8 encuestas y 1 caracterizaciones, debidamente diligenciados y con la información registrada en los enlaces institucionales establecidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina. |
| 8 | Apoyé la consulta en el sistema Dinámica Gerencial para la asignación de citas médicas a 1.087 usuarios, verificando y actualizando datos cuando fue requerido. Durante el proceso, tuve en cuenta el lugar de residencia de cada usuario, con el fin de facilitar su acceso a los diferentes centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente. |
| 9 | Apoyé en la recolección, verificación, organización y consolidación de la información necesaria para la elaboración y entrega oportuna del informe mensual del proceso de Servicio a la Ciudadanía; así mismo, apoyé en la proyección, revisión y trámite de 30 respuestas a las solicitudes de la ciudadanía, de conformidad con las acciones desarrolladas en el marco del proceso |
| 10 | Apoyé la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, brindando orientación y capacitación a 168 usuarios en la Unidad, incluyendo la socialización de los canales de interacción y escucha institucional.
Durante las jornadas informé sobre el rol y funciones del Defensor del Usuario de la Subred Centro Oriente, así como la disponibilidad del área de Atención al Usuario para la orientación, direccionamiento y gestión de dificultades, conforme a los lineamientos institucionales. |
| 11 | Garanticé la reserva, confidencialidad y adecuada protección de los datos personales de los usuarios durante la gestión y registro de la información en los diferentes aplicativos institucionales, incluido el sistema Dinámica para la asignación de 1.390 citas, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred |

12	Participé en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 29 de mayo a las 2:00 p.m. en Santa Clara así como la reunión mensual de seguimiento de Servicio al Ciudadano, dando cumplimiento a las directrices institucionales.
13	Brindé apoyo en los diferentes subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.
14	Di cumplimiento oportuno a las obligaciones contractuales asignadas, desarrollando las actividades dentro de los tiempos establecidos y realizando el respectivo registro en los aplicativos institucionales, conforme a las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales de la Subred.
15	Porté de manera visible los elementos de identificación institucional (carné y chaqueta) suministrados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., manteniendo adecuada presentación personal, conforme a los manuales y lineamientos institucionales vigentes
16	Di cumplimiento a las demás obligaciones derivadas directamente del objeto contractual, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y a lo establecido en el Formato de Necesidad de Personal que hace parte integral del contrato
17	Se realizo apoyo en la oficina de Enlaces de citas medicas llamando a usuarios para notificacion de citas medias un promedio de 100 usuarios

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 76544625	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/28	\$ 222.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/28	\$ 284.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/28	\$ 43.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 550.900

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



ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ

PS_1954_2026_53AB4B

ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ

CC: 1000321306

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ

PS_1954_2026_53AB4B

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_1954_2026_53AB4B

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO