

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)

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

N° DEL CONTRATO:	PS 1936 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.328.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30		



NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ
PS_1936_2026_E6E4EC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ

CC: 52897469

CEL: 3103383787

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 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 1936 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.640.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	Desarrollé procesos de educación, orientación y direccionamiento a usuarios, mediante la realización de 19 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 228 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	estioné el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 1.614 usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador, facilitando su ingreso oportuno a los servicios.
3	Apliqué y registré en los enlaces institucionales establecidos por la Subred Centro Oriente un total de 45 encuestas, distribuidas así: 15 sobre portafolio de servicios, y 30 de evaluación a funcionarios derechos y deberes y políticas institucionales (tema del mes) dando cumplimiento a los protocolos y metas definidas por la Oficina
4	Realicé 19 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 95 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 dos talleres pedagógicos el día 03 y 17 de Julio, 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 19 charlas, 45 encuestas, 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 1.614 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	En el mes de Junio no se apoyó la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, en el Hospital La Victoria por distribución acordada con la Referente del servicio y la orientadora asignada.
10	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 1.614 citas, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred.
11	Participé en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 24 de Junio a las 2:00 p.m. en auditorio Jorge Restrepo Hospital - Santa Clara, así como la reunión mensual de seguimiento de Servicio al Ciudadano, dando cumplimiento a las directrices institucionales
12	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.
13	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.

14	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.
15	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.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6019520927	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/11	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800



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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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_1936_2026_E6E4EC <hr/> NOHORA PATRICIA QUIROGA DIAZ CC: 52897469
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ PS_1936_2026_E6E4EC <hr/> MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ SUPERVISOR ALTERNO



ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

PS_1936_2026_E6E4EC

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**