

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 3419 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.328.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO PS_3419_2026_FE674B 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 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 3419 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/04
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.829.152	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.485.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	PARA EL MES DE JUNIO SE REALIZÓ APOYO EN EL SUB-PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS LOS DÍAS, 1, 3, 5, 10, 12, 17, 19, 23, 25 Y 30 DE JUNIO, ASÍ COMO LA NOTIFICACIÓN Y LA EXPLICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE LOS USUARIOS QUE LO REQUERÍAN.
2	SE REALIZÓ LA GESTIÓN DE 405 REGISTROS EN LAS HERRAMIENTAS DIGITALES ESTABLECIDAS CON SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS, FAMISANAR Y AGILSALUD PARA LA VIGENCIA DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2026.
3	PARA EL MES DE JUNIO NO SE REALIZARON ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN LOS USUARIOS.
4	PARA EL MES DE JUNIO NO SE REALIZARON SESIONES EDUCATIVAS EN SALA.
5	SE REALIZÓ EL REGISTRO DE 100 USUARIOS POR ATENCIONES A TRAVÉS DEL APLICATIVO SI CUÉNTANOS BOGOTÁ CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEFINIDOS PÁGINA 3 DE 2980 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
6	PARA EL MES DE JUNIO NO SE REALIZARON TALLERES PEDAGÓGICOS EN EL PROCESO DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
7	SE REALIZÓ APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE GESTIÓN DE PQRSDF DE LA OFICINA DE ENLACES, SUMINISTRANDO LA INFORMACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS GESTIONADOS.
8	SE REALIZÓ LA ASIGNACIÓN DE 423 CITAS MÉDICAS A TRAVÉS DEL APLICATIVO INSTITUCIONAL DINÁMICA GERENCIAL EN LA VIGENCIA DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2026. Y SE REALIZAN 320 REGISTROS DE LLAMADAS A TRAVES DEL APLICATIVO 3CX PHONE.
9	SE REALIZÓ LA SOCIALIZACIÓN DEL DERECHO Y EL DEBER DEL MES DE JUNIO A LOS 405 USUARIOS GESTIONADOS A TRAVÉS CON SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS, FAMISANAR Y AGILSALUD
10	SE GARANTIZA LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES Y USUARIOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS PROTOCOLOS INTERNOS DE LA SUBRED. A TRAVÉS DE LAS RESTRICCIONES Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS, FAMISANAR Y AGILSALUD
11	SE PARTICIPÓ EN LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EL DIA 24 DE JUNIO 2026 DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y/O POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
12	PARA EL MES DE JUNIO SE REALIZÓ APOYO EN EL SUB PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS LOS DÍAS 1, 3, 5, 10, 12, 17, 19, 23, 25 Y 30 DE JUNIO, ASÍ COMO LA NOTIFICACIÓN Y LA EXPLICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE LOS USUARIOS QUE LO REQUERÍAN.
13	SE CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y LOS TIEMPOS REQUERIDOS, SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
14	SE REALIZÓ EL PORTE DE MANERA VISIBLE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y MANTUVE UNA ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL, EN CUMPLIMIENTO DE LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
15	SE CUMPLIÓ CON LAS DEMÁS OBLIGACIONES ASIGNADAS EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LOS OBJETOS CONTRACTUALES Y DIRECCIONADOS POR EL REFERENTE Y EL JEFE DE OFICINA.

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° 85617937	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/06/09	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/09	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/06/09	\$ 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 afiliación 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	 NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO PS_3419_2026_FE674B NICOL CAMILA RAMIREZ PACHECO CC: 1012334330
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ PS_3419_2026_FE674B 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_3419_2026_FE674B ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO