

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                    | ANA MILENA ALARCON BONILLA   |                                                  |         | CC:          | 52284858     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                     | MILE.AUXILIAR@GMAIL.COM      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3214461593   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | KR 7 F ESTE 90 D 33 SUR      |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 004870329515 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                        | PS 1967 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.520.610 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                | 2026/02/03                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>ANA MILENA ALARCON BONILLA<br/>PS_1967_2026_341F4E</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ANA MILENA ALARCON BONILLA<br/>CC: 52284858<br/>CEL: 3214461593</div> |                              |                                                  |         |              |              |

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

ANA MILENA ALARCON BONILLA

CON C.C N°

52.284.858

|                      |                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 1967 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/03 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

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

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 15.123.660 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.520.610 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS (6) MESES |
|-----------------------------------------|----------------|

|                                               |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS |
|-----------------------------------------------|-------------------|

|                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Se desarrollaron procesos de educación, orientación y direccionamiento a usuarios, mediante la realización de 2 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 20 usuarios durante el periodo reportado.<br>Las actividades se ejecutaron 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  | Se gestionó el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 480 usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador, facilitando su ingreso oportuno a los servicios.<br>Así mismo, se brindó orientación a 840 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  | Se aplicaron y registraron en los enlaces institucionales establecidos por la Subred Centro Oriente un total de 25 encuestas, distribuidas así: 5 de derechos y deberes a usuarios, 5 a funcionarios, 15 sobre portafolio de servicios, 1654 de caracterización y 15 de evaluación a funcionarios, dando cumplimiento a los protocolos y metas definidas por la Oficina.                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4  | Se realizaron 105 sesiones educativas en salas de espera, en cumplimiento del cronograma establecido. Cada sesión fue registrada 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  | Se identificaron las barreras de acceso de los usuarios y se registraron 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  | Se realizaron 4 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  | . Se consolidaron y entregaron mensualmente los soportes de la gestión realizada, correspondientes a 5 charlas, 5 encuestas y 1340 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  | Se apoyó la consulta en el sistema Dinámica Gerencial para la asignación de citas médicas a 10 usuarios, verificando y actualizando datos cuando fue requerido. Durante el proceso, se tuvo 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  | . Se apoyó la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, brindando orientación y capacitación a 1340 usuarios en la Unidad, incluyendo la socialización de los canales de interacción y escucha institucional.<br>Durante las jornadas se informó 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.                                                                                |
| 10 | Se garantizó 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 10 citas, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 11 | Se participó en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 29 de julio 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.                                                                                                                                                                                                                                                               |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | Se brindó 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 | . Se dio 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 | Se portaron 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 | Se dio 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |              |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 1083692630 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SALUD TOTAL   | 2026/07/16    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES  | 2026/07/16    | \$ 280.200   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2026/07/16    | \$ 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, 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

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>                                                                | <br>ANA MILENA ALARCON BONILLA<br>PS_1967_2026_341F4E<br>ANA MILENA ALARCON BONILLA<br>CC: 52284858              |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES<br>PS_1967_2026_341F4E<br>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |