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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **~~FECHA: 2024-09-16~~**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**51.795.932**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR 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 1487 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	**4.97.500**	**PLAZO INICIAL DEL**	3 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 29.853.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.975.500**	
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	6146	**N° CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SIRLEY TORRES RODRIGUEZ . -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	**$ 14.926.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**778**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**12046**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO							

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**XX**	
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		NA	

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
1	Se da cumplimiento de operación de los componentes del sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información
2	Se participa en el diseño de estrategias para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación,
3	Diseño e implementación de actividades para el equipo de asignación de citas, dando respuesta a los objetivos propuestos
4	Se colabora en el Diseño y ejecucuión de ctrategias, plan , programas y proyectos
5	Se establecen cronograma de capacitaciones con el equipo de trabajo
6	Contribuir con actividades que mejoren la medición de la satisfacción del usuario control y percepción social con eficacia y oportunidad
7	Contribuir con acciones que apunten a la disminución de peticiones , dando cumplimiento a los criterios de calidad: Oportunidad, claridad, coherencia y calidez
8	Se realiza seguimiento diario y permanente al proceso de asignación de citas , implementando estrategias que mejoren la respiesta a los usuarios
9	Contribuir con las acciones que den respueta al proceso de asignación de citas
10	Diseño de instrumentos de medición que permitan establecer el conocimiento y la habilidad en el proceso de asignación de citas
11	contruccion de diagnostico inicial e implementación de actividades que mejoren el proceso de asignación de acitas
12	Diseño de estrategias e implemntación de atividades que mejoren el proceso
13	Asistencia a capacitaciones convocadas

14	Asistencia a capacitaciones convocadas y reuniones programadas
15	Elaboración de informes
16	Se Garantiza la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales
17	Se cumple r con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
18	Se portan visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal.
19	se cumplen con las obligaciones asignadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7963387282**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/04/2025	$ 249.000
PENSIÓN:	PORVENIR	9/04/2025	$ 318.800
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	9/04/2025	$ 48.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 616.400

VI. 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

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:51795932
CEL:3006711437

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ**	**CC:**	**51795932**
CORREO ELECTRÓNICO:	carolinapjw@gmail.com	**RUT (NIT):**	51795932
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 24 No27A10	**TELÉFONO:**	3006711437
		CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**452970035294**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1487 2025**	**N° CDP: DE LA ULIMA ADICION**	**778**	**N°. CRP: DE LA ULIMA ADICION**	**12046**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 6 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29.853.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$4.975.500** **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS**					

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
C.C 51795932
cel: 3006711437

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**51.795.932**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR 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 1487 -2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**			**14.926.500,00**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 29.853.000,00**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.975.500,00**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	**4**	**N° CRP INICIAL:**	**6146**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**2**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO	**6 MESES**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**N° 7963387282**		**OPERADOI**	**SOI**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**INA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDAD**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA.SHIRLEY TORRES RODRIGUEZ Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN –**				ADICION (1)	PRORROGA(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 14.926.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**778**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**12046**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGAD**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGAD**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGAD**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGAD**	

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU	**SI**		**NO**	**NA**
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA

IV. 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 **01/04/2025 AL 30/04/2025**

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



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
DRA. SHIRLEY TORRES RODRIGUEZ
CARGO:
Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
Técnico ADMINISTRATIVO II

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51795932
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 7C NO. 146 53 APTO 203	TELÉFONO:	5726840
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:	7963387282		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1398682004

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 318,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 318,500	$ 300	$ 318,800
SUBTOTALES:										$ 318,500	$ 300	$ 318,800

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	$ 248,800	$ 0	$ 200	$ 0	$ 248,800	$ 200	$ 0	$ 249,000
SUBTOTALES:													$ 248,800	$ 200	$ 0	$ 249,000

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48,500	$ 48,500	$ 100	$ 0	$ 48,600
SUBTOTALES:									$ 48,500	$ 100	$ 0	$ 48,600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																						SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																															PENSIÓN									SALUD								ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	GLM	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51795932	PINILLA JIMENEZ MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE MTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,990,200				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1,990,200	$ 318,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 318,500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,990,200	$ 248,800	$ 0	$ 248,800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,990,200	51795932	$ 48,500	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 616.400

Planilla Pagada