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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ**			**CC:**	**51795932**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROLINAPJW@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3006711437**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 24 27 A 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**452970035294**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1487 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.975.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
PS_1487_2025_566BD9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ			
	CON C.C N°	**51.795.932**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL 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 1487 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.730.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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. se participó en las reuniones, comités y espacios de trabajo relacionados con la gestión de la calidad, con el fin de fortalecer el cumplimiento del Estándar 1: Derechos y Deberes de los Usuarios, logrando definir y consolidar la Carta de Derechos y Deberes de la Subred Centro Oriente, asegurando que su contenido sea claro, actualizado y alineado con la normatividad vigente. 2. Se continua promoviendo la humanización de la atención, con los equipos de trabajo brindando un trato digno y una comunicación clara con los usuarios. De manera permanente, se trabaja con las referents de servicio para r brindar un servicio respetuoso, humanizado y coherente con los principios institucionales. 3. Se realizó el seguimiento al proceso de asignación de citas y se reportaron en tiempo real los errores identificados, con el fin de evitar la pérdida de cupos y asegurar una atención oportuna a los usuarios. 4. Se elabora el informe trimestral en cumplimiento del Plan de Acción Anual, en el cual se realiza el seguimiento correspondiente y se incorporan las observaciones realizadas por la asesora técnica de la Secretaría Distrital de Salud. Una vez efectuadas las correcciones, el documento es enviado nuevamente para su revisión. 5.Para el mes de noviembre se coordinó con las áreas de Admisiones y Sistemas la inclusión de un espacio en la jornada de fortalecimiento, con el fin de recibir capacitación sobre el proceso de creación de usuarios. Esta acción busca minimizar los errores presentados y fortalecer el manejo adecuado del procedimiento por parte del equipo. 6..Se coordina el apoyo para la realización de encuestas del proceso de satisfacción del usuario, estableciendo un cronograma y metas de trabajo con seis orientadores. Esta organización permitió avanzar de manera ordenada en la recolección de información y garantizar los insumos necesarios para la elaboración del informe mensual. 7. Se realiza el seguimiento y la evaluación de las respuestas a las quejas recibidas, así como la verificación de la generación de actas de compromiso con loscolaboradores y funcionarios involucrados. Estas acciones buscan fortalecer el trato digno y humanizado hacia nuestros usuarios y promover mejoras continuas en la atención. 8..Diariamente se reporta la disponibilidad de agendas y se coordinó con la Dirección de Ambulatorios la solicitud de cupos según las necesidades presentadas. Esta gestión permitió dar respuesta oportuna a los requerimientos de Drive Beta y Preventivo, evitando al máximo retrasos en la atención y garantizando un flujo adecuado de citas para los usuarios. 9. acompañamiento a la verificación diaria del proceso, la coordinación permanente con las referentes de servicio, el seguimiento a las solicitudes y la gestión oportuna de situaciones que pudieran afectar la atención al usuario, asegurando así una operación eficiente y continua del servicio 10. Como parte del cumplimiento de la actividad programada, se continúa indicando a las referentes, durante los espacios mensuales de reunión, la importancia de realizar de manera permanente la actualización de los datos del usuario en cada contacto que este tiene con el equipo de Servicio a la Ciudadanía. Esta acción contribuye a mejorar la oportunidad y calidad en la atención.. 11.Se emite el informe del mes vencido correspondiente al proceso de asignación de citas. Así mismo, se realiza un seguimiento permanente con el área de Ambulatorios para identificar los errores más frecuentes y efectuar las correcciones de manera inmediata, garantizando la conservación del cupo y la oportuna reasignación. Adicionalmente, se asegura la emisión de una respuesta al usuario frente a la equivocación presentada. 12.Se realiza la actualización permanente de los datos del usuario, solicitando y verificando su información en cada contacto para evitar reprocesos y minimizar inasistencias. De igual forma, se efectúa el monitoreo constante de los errores identificados en el proceso de asignación de citas, realizando seguimiento según su frecuencia y aplicando acciones inmediatas de corrección que permiten proteger los cupos y evitar

1	afectaciones a los usuarios. 13. Se participa activamente en los espacios de convocados para trabajo y reuniones convocados por la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Personería de Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud. La asistencia a estos encuentros se realiza con la autorización de la Jefatura de la Oficina, garantizando la representación institucional y el seguimiento adecuado a los temas abordados. 14. Se da cumplimiento a la entrega de los soportes y evidencias solicitados. Así mismo, se elaboran y remiten los informes mensuales del proceso de asignación de citas del mes vencido, y se realiza el seguimiento al cumplimiento de las respuestas a las quejas recibidas durante el mismo periodo. De igual manera, se hace seguimiento al informe de la plataforma Si Cuéntanos para garantizar el registro oportuno como meta establecida y el cierre correspondiente. Adicionalmente, se consolida la información de las sesiones educativas mensuales de acuerdo con el cronograma establecido y se verifica el registro de los motivos de inasistencia, asegurando el adecuado cumplimiento del proceso. 15.Se da cumplimiento con la asistencia a las reuniones y jornadas de capacitación programadas para el mes de noviembre por la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, así como a aquellas convocadas por la líder del proceso. Esta participación permite fortalecer los conocimientos, actualizar lineamientos y asegurar el adecuado desarrollo de las actividades asignadas dentro del proceso. 16..Se realiza la coordinación, el seguimiento y la evaluación del proceso de entrevistas a los postulantes interesados en desarrollar su servicio social en la Subred. Esta labor incluye la articulación con las áreas involucradas, la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos y la evaluación del desempeño de los aspirantes durante la entrevista. 17..Se da cumplimiento a la reserva y confidencialidad de los datos y la información registrada en los diferentes aplicativos institucionales. De manera permanente, se aseguro su manejo responsable y conforme a los lineamientos establecidos, protegiendo la seguridad, integridad y buen uso de los registros institucionales. 18. Se coordina de manera permanente con los referentes de servicio, socializando y comunicando oportunamente las necesidades que se presentan a diario. Se brinda gestión inmediata a cada solicitud, evitando generar barreras de acceso y garantizando una atención oportuna y eficiente para los usuarios. 19. Se cumple con portar de manera visible los elementos institucionales y mantener una presentación personal adecuada, en coherencia con los manuales y procedimientos establecidos por la Oficina y por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Esta práctica se realiza de forma permanente, garantizando una imagen institucional ordenada y profesional. 20. De manera adicional se realizan gestión de situciones que se presentan y deben ser resueltas de manera inmediata para dar cumpliento del desarrollo de las actividades de los equipos para el caso en el mes de Noviembre satisfacción

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7990866796	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/06	$ 248.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/06	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/06	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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 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	*MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ* *PS_1487_2025_566BD9* **MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ** **CC: 51795932**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1487_2025_566BD9* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 63 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:		**7990866796**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1907920336	

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	$ 0	$ 0	$ 318.500	$ 0	$ 318.500
SUBTOTALES:										**$ 318.500**	**$ 0**	**$ 318.500**

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	$ 0	$ 0	$ 248.800	$ 0	$ 0	$ 248.800
SUBTOTALES:													**$ 248.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 248.800**

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	$ 0	$ 0	$ 48.500
SUBTOTALES:									**$ 48.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.500**

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	COM	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 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		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 615.800

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1487 -2025 CUENTA DE CBRO ENERO 2025.pdf	PS 1487 -2025 CUENTA DE CBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487-2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1487-2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487- 2025 CUENTA DE COBRO ABRL 2025.pdf	PS 1487- 2025 CUENTA DE COBRO ABRL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 2025 MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ.pdf	PS 1487 2025 MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1487 2025 CRP-6146.pdf	1 PS 1487 2025 CRP-6146.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1487 2025 CRP-12046.pdf	2 PS 1487 2025 CRP-12046.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 -2025 CUENTA DE COBRO JULIO CAROLINA PINILA.pdf	PS 1487 -2025 CUENTA DE COBRO JULIO CAROLINA PINILA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1487 2025 CRP-19742.pdf	3 PS 1487 2025 CRP-19742.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO - 2025 CAROLINA.pdf	PS 1487 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO - 2025 CAROLINA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1487 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1487 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >