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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**			**CC:**	**1023948617**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ERIKA96PAOLA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3017583492**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6A ESTE 36K 14 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**002812097606**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1420 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.822.144**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

PS_1420_2025_8212A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS

CC: 1023948617

CEL: 3017583492

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			
ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS			
	CON C.C Nº	**1.023.948.617**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 1420 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.451.296	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.822.144
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
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 PRESENTE MES SE REALIZÓ LAS RESPECTIVAS ORIENTACIONES, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACLARACIONES ACERCA DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD A LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE LAS LOCALIDADES DE MÁRTIRES, SANTA FE, CANDELARIA; SE HACE PRESENCIA EN SALA DE ESPERA Y TAMBIÉN SE BRINDA ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE SON DIRECCIONADOS A LA OFICINA DE SERVICIO AL CIUDADANO DEL CENTRO DE SALUD. (SE REALIZA UN APROXIMADO DE 20 A 40 ORIENTACIONES DIARIAS)
2	SE REALIZA ORGANIZACIÓN SEGÚN NECESIDAD DEL CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL, A SU VEZ SE REALIZA SEGUIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL QUE SE TIENE A CARGO EN LAS UNIDADES DESIGNADAS; SE LIDERA AL EQUIPO DE TRABAJO (ORIENTADORES DE SERVICIOS) Y SE RECIBE ORGANIZAN ACTIVIDADES DE MANERA MENSUAL (ACTUALMENTE SE CUENTA CON 7 ORIENTADORES A CARGO EN LOS 5 CENTROS DE SALUD Y EL HOSPITAL JEG)
3	SE HACEN REUNIONES DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO, SE ASISTEN A MESAS TÉCNICAS PROGRAMADAS POR LA JEFA DE OFICINA, SE PARTICIPA EN PROCESO DE HUMANIZACIÓN, APOYO EN MESAS CONVOCADAS, ASISTENCIA EN APOYO A LÍDERES DE CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES Y AUDITORIAS DE DIFERENTES ENTES DE CONTROL (DURANTE EL MES SE ASISTIERON A APROXIMADAMENTE 7 REUNIONES DE FORMA PRESENCIAL Y VIRTUAL).
4	SE ACTUALIZAN CONSTANTEMENTE LOS MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS DE LA OFICINA, ASÍ COMO LA ELABORACIÓN DE INFORMES MENSUALES, TRIMESTRALES Y DEMÁS ASIGNADOS; PARA EL PRESENTE MES SE HACE ACTUALIZACIÓN DE MANUAL DE SERVICIO AL CIUDADANÍA, REVISIÓN DE DOCUMENTOS DISTRITALES ENTRE OTROS.
5	SE ARTICULAN ACCIONES CON SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PARA POSIBLE IDENTIFICACIÓN PARA CERTIFICACIÓN DE CIUDADANOS HABITANTES DE CALLE Y ASIGNACIONES DE CUPOS INSTITUCIONALES; ESTA ACTIVIDAD SE REALIZA DE ACUERDO A LA DEMANDA QUE SE PRESENTA EL FIN DE SEMANA ASIGNADO, SIN EMBARGO, EN EL PRESENTE MES NO SE ENVIÓ NINGUNA SOLICITUD A LA FECHA.
6	SE INGRESA EN EL APLICATIVO SI CUÉNTANOS LAS ORIENTACIONES GRUPALES Y BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE PROCESO DE ATENCIÓN; SE HACE EL REGISTRO CORRESPONDIENTE A LA META ESTABLECIDA DESDE LA OFICINA (15 REGISTROS MENSUALES) Y SE HACE EL SEGUIMIENTO DEL REGISTRO AL EQUIPO DE TRABAJO A CARGO (7 USUARIOS DEL EQUIPO DE ORIENTADORES A CARGO).
7	SE REALIZA GESTIÓN DE MANERA CONTINUA SEGÚN NECESIDAD DEL SERVICIO (POR MEDIO DE MESAS DE TRABAJO O REUNIÓN CON LOS LÍDERES DE CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES); PARA EL PRESENTE MES SE ACTIVA EL PLAN DE CONTINGENCIA DE CONTAC CENTER Y LA POSIBILIDAD DE AUMENTO DE USUARIOS EN SALA DE ESPERA PARA DEMANDA DE ASIGNACIÓN DE CITAS Y DEMÁS SERVICIOS EN LOS CENTROS DE SALUD.
8	SE ELABORAN LAS RESPUESTAS A LAS PQRS INTERPUESTAS A LAS UNIDADES A CARGO, ANALIZANDO LOS MOTIVOS Y PROMOVIENDO LA MEJORA CONTINUA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. SE REALIZA ANÁLISIS, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS QUE INGRESAN POR LOS CANALES DE ESCUCHA ESTABLECIDOS; SIN EMBARGO, PARA EL PRESENTE MES Y A LA FECHA NO SE HAN RECIBIDO REQUERIMIENTOS DE PETICIONES CIUDADANAS.
9	SE PARTICIPA EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVÉS DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES A LOS QUE SEAN CONVOCADOS. SE ASISTE DE MANERA CONTINUA Y PERMANENTE A LOS QUE SEAN CITADOS POR LA JEFA DE OFICINA O REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO (PARA EL PRESENTE MES SE ENCUENTRA EN PROCESO DE DESARROLLO EL CURSO DESIGNADO DEL MES).

10	SE APOYAN LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO; SE GESTIONA DE MANERA CONTINUA SEGÚN NECESIDAD Y SOLICITUDES REALIZADAS POR JEFE DE OFICINA Y REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO; PARA EL PRESENTE MES Y A LA FECHA SE HA ASISTIDO A 3 REUNIONES CONVOCADAS POR LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO Y LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO MENSUAL)
11	SE CUMPLEN CON LAS OBLIGACIONES O ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA OFICINA E IMPLEMENTADAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LOS 6 CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES PERTENECIENTES A LAS LOCALIDADES DE MÁRTIRES, SANTA FE, CANDELARIA
12	SE PROMUEVE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y SE DA CUMPLIMENTO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y SISTEMAS INSTITUCIONALES
13	SE CUMPLEN CON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA OFICINA E IMPLEMENTADAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LOS 6 CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES PERTENECIENTES A LAS LOCALIDADES DE MÁRTIRES, SANTA FE, CANDELARIA
14	SE PORTA VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED (SE PORTA CARNE INSTITUCIONAL Y CHAQUETA INSTITUCIONAL)
15	SE CUMPLEN CON LAS OBLIGACIONES COMPLEMENTARIAS DISPUESTAS EN EL CONTRATO Y DE ACUERDO A LAS ASIGNADAS COMO PROFESIONAL DE SERVICIO AL CIUDADANO DE CENTROS DE SALUD DE LAS LOCALIDADES DE MÁRTIRES, SANTA FE, CANDELARIA; A SU VEZ SE RECEPCIONA LA PRODUCTIVIDAD POR CADA UNO DE LOS ORIENTADORES DE SERVICIO, SE CONSOLIDA, ANALIZA Y SE REPORTA DE FORMA MENSUAL O CUANDO SEA REQUERIDO; SE CONSOLIDA LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A MOTIVOS DE INASISTENCIA, TALLER PEDAGÓGICO, ARCHIVO DOCUMENTAL DEJANDO REGISTRO EN EL DRIVE CORRESPONDIENTE; SOCIALIZACIÓN DE INDICADORES Y DEMÁS INFORMES DE INTERÉS A LOS LÍDERES DE SEDES DE LOS CENTROS DE SALUD DE LAS LOCALIDADES DE MÁRTIRES, SANTA FE, CANDELARIA; SE ASISTE TÉCNICAMENTE A LÍDERES DE SEDE Y A JEFATURA DE NUESTRA OFICINA, SE REALIZA GESTIÓN EN SALAS DE ESPERA DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA CIUDADANÍA, Y DEMÁS ACCIONES QUE SE REQUIEREN APARA LA GESTIÓN DIARIA.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91629140	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	$ 186.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 238.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	$ 36.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 461.700

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	*ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS* *PS_1420_2025_8212A5* **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS** **CC: 1023948617**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1420_2025_8212A5* **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_1420_2025_8212A5* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**