**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:** | **GINNA MAYERLY CITA BAQUERO** | | | **CC:** | **1024466407** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **GINNACITA@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3194054812** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 81 I 51C 22 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008400716455** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1423 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.709.728** |
| **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** | | | | |

*GINNA MAYERLY CITA BAQUERO*
*PS_1423_2025_64CD3D*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**GINNA MAYERLY CITA BAQUERO**
**CC: 1024466407**
**CEL: 3194054812**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **GINNA MAYERLY CITA BAQUERO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.024.466.407** | |
| **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 1423 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.838.912 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **198** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 48.226.464 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.709.728 |
| **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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Para el mes de diciembre se realiza orientación, direccionamiento y/o aclaración sobre los trámites administrativos necesarios para recibir atención en salud a los usuarios que acuden al Hospital Santa Clara. Esta labor se desarrolla mediante la presencia en la sala de espera y la atención directa a los usuarios que son diseccionados a la Oficina de Servicio al Ciudadano del Hospital |
| 2 | Se realiza la organización, seguimiento y asignación de actividades del personal a cargo en las unidades designadas; se lidera un equipo de trabajo conformado por cuatro Orientadores de Servicio y un técnico, y se organizan las actividades de manera mensual. |
| 3 | Se asiste técnicamente a la jefatura de la Oficina, brindando apoyo y resolviendo las necesidades que surjan; se realizan reuniones de acuerdo con las necesidades del servicio, se asiste a mesas técnicas programadas por la Jefe de Oficina y se participa en procesos de humanización, así como en mesas de mejoramiento continuo. |
| 4 | Se actualizan los manuales, instructivos, procedimientos y formatos de la Oficina, así como la elaboración de informes mensuales, trimestrales y demás asignados; para el mes de diciembre se realiza la actualización del Manual de Servicio al Ciudadano y el cronograma correspondiente. |
| 5 | De ser necesario, se articularán acciones con la Secretaría Distrital de Integración Social para la posible identificación y certificación de ciudadanos habitantes de calle y la asignación de cupos institucionales, de acuerdo con la demanda que se presente durante el fin de semana del sábado 20 y domingo 21 de diciembre de 2025. |
| 6 | Se ingresa en el aplicativo Sí Cuéntanos la información correspondiente a las orientaciones grupales y a las barreras de acceso identificadas durante el proceso de atención; se realiza el registro conforme a la meta establecida por la Oficina y se efectúa el seguimiento al equipo de trabajo a cargo. |
| 7 | Se coordinan y elaboran estrategias que promuevan la mejora continua en la prestación del servicio al ciudadano; se realiza gestión de manera continua según las necesidades del servicio y, para el mes de diciembre, se activa un plan de contingencia en la sala de espera debido a la finalización del servicio del Contact Center, lo cual hace que la asignación de citas sea netamente presencial. |
| 8 | Se realiza una revisión periódica del aplicativo Angi Salud, sin evidencias de requerimientos de quejas o reclamos para el mes de diciembre, pero registrando felicitaciones recibidas. Se elaboran respuestas a estas felicitaciones, analizando los motivos y promoviendo la mejora continua durante la prestación del servicio. |
| 9 | Se participa en los procesos de fortalecimiento de competencias mediante cursos y capacitaciones, tanto virtuales como presenciales, a los que se sea convocado. Además, se asiste de manera continua y permanente a las actividades citadas por la Jefe de Oficina o el Referente de Servicio al Ciudadano. |
| 10 | Se apoyan los subprocesos, considerando las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. La gestión se realiza de manera continua, conforme a las solicitudes de la Jefe de Oficina y del Referente de Servicio al Ciudadano. Se garantiza la reserva y confidencialidad de los datos e información de los distintos aplicativos institucionales, cumpliendo con los protocolos y sistemas establecidos por la institución. Se cumplen con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en el Hospital Santa Clara. |
| 11 | Se porta de manera visible los elementos institucionales, como el carné y la chaqueta, y se mantiene una presentación personal adecuada, cumpliendo con los manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. |
| 12 | Se cumplen las obligaciones complementarias establecidas en la matriz marco del contrato en relación con la Referencia de Servicio al Ciudadano en el Hospital Santa Clara. Se registra la productividad de cada uno de los Orientadores de Servicio, analizando la información y elaborando los respectivos reportes. Además, se organiza y archiva la información sobre motivos de inasistencia, talleres pedagógicos, novedades del personal y documentos, dejando registro en el drive correspondiente. |

**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° 9494781879 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | ALIANSALUD | 2025/12/11 | $ 186.600 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/12/11 | $ 238.900 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/12/11 | $ 36.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 462.000 |

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** | *GINNA MAYERLY CITA BAQUERO*<br>*PS_1423_2025_64CD3D*<br>**GINNA MAYERLY CITA BAQUERO**<br>**CC: 1024466407** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ*<br>*PS_1423_2025_64CD3D*<br>**MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*<br>*PS_1423_2025_64CD3D*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1024466407 | | CITA BAQUERO GINNA MAYERLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 801 No 51 C- 22 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2654129 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 2000129477 | 9494781879 | I | 2025/12/02 | 2025/12/11 | BANCO DAVIVIENDA | 9 | $462,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1024466407 | CITA GINNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,483,891 | $237,500 | EPS001 | 30 | $1,483,891 | $185,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,483,891 | $36,200 | 0 | $0 | $0 | No | $459,200 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,483,891 | $237,500 | | | $1,483,891 | $185,500 | | | $0 | $0 | | | $1,483,891 | $36,200 | | $0 | $0 | | $459,200 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1024466407 | | CITA BAQUERO GINNA MAYERLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 801 No 51 C- 22 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2654129 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 2000129477 | 9494781879 | I | 2025/12/02 | 2025/12/11 | BANCO DAVIVIENDA | 9 | $462,000 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $237,500 | $1,400 | $0 | $238,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $237,500 | $1,400 | $0 | $238,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $36,200 | $300 | $0 | $36,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $36,200 | $300 | $0 | $36,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,500 | $1,100 | $0 | $186,600 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $185,500 | $1,100 | $0 | $186,600 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$459,200** | **$2,800** | **$0** | **$462,000** |