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:	**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:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
PS_1487_2025_F1F35D

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:	$ 64.681.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	1. Se participó activamente en las mesas de acreditación de la Dirección de Ambulatorios, en las cuales se socializaron los estándares correspondientes a la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio a la Ciudadanía. En este espacio se identificó la necesidad de realizar ajustes en los estándares 9 y 10, con el fin de lograr su adecuado cierre.
2	2. Durante el mes de diciembre se desarrollaron tres (3) reuniones con los referentes del proceso, realizadas los días 2, 10 y 16 de diciembre. En estos encuentros se impartieron las directrices definidas por la Jefe de la Oficina y se abordaron temas de interés para el fortalecimiento de la gestión del equipo. Las actas correspondientes reposan en el drive de Servicio a la Ciudadanía.
3	3. Se realizó seguimiento al proceso de asignación de citas del mes inmediatamente anterior, evidenciando que, hasta el mes de noviembre, el talento humano de Servicio a la Ciudadanía efectuó un total de 76.136 asignaciones presenciales.
4	4. Se brindó asesoría y seguimiento permanente a los equipos de enlaces y satisfacción, promoviendo la construcción de estrategias conjuntas orientadas al cumplimiento de metas y a la verificación de la gestión.
5	5. Se continuó apoyando el proceso de aplicación de encuestas de satisfacción. Para el mes de diciembre se contó con el apoyo de siete (7) orientadores, a quienes se les realizó seguimiento diario al cumplimiento de las metas establecidas, garantizando los resultados esperados.
6	6. De igual manera, se coordinó el apoyo para la realización de encuestas del proceso de satisfacción del usuario, estableciendo un cronograma y metas de trabajo con seis (6) orientadores. Esta organización permitió avanzar de forma ordenada en la recolección de la información y asegurar los insumos necesarios para la elaboración del informe mensual.
7	7. Se efectuó seguimiento al envío de actas y a la respuesta de quejas dirigidas a los colaboradores y funcionarios de Servicio a la Ciudadanía, así como el correspondiente direccionamiento al área de Psicología, donde se adelantó el proceso de sensibilización.
8	8. Se realizó el reporte y la socialización, dos veces al día, de la disponibilidad de agendas para el proceso de asignación de citas en hospitales y centros de salud, a través de WhatsApp, garantizando información oportuna para la operación diaria.
9	9. Así mismo, se efectuó seguimiento diario a la matriz construida en el mes anterior, identificando necesidades y realizando el reporte correspondiente a la Dirección de Ambulatorios para la consecución de cupos y la garantía de atención dentro de los tiempos de oportunidad.
10	10. Se brindó acompañamiento permanente al ejercicio de apertura y acceso de los usuarios a los hospitales y centros de atención, coordinando con los referentes el seguimiento a las solicitudes y la gestión oportuna de situaciones que pudieran afectar la atención, asegurando una operación continua y eficiente del servicio.
11	11. En cumplimiento de las actividades programadas, se reiteró 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 con el equipo de Servicio a la Ciudadanía, como una acción clave para mejorar la oportunidad y calidad en la atención.
12	12. Se realizó el envío y seguimiento a la identificación de errores en el proceso de asignación de citas, verificando su corrección inmediata y efectuando el contacto oportuno con el usuario cuando fue necesario.
13	13. Se participó en los espacios convocados durante el mes de diciembre por la Secretaría Distrital de Salud, la Alcaldía Mayor, la Superintendencia de Salud, las Alcaldías Locales, así como en aquellos convocados por las diferentes áreas y direcciones propias de la Subred.
14	14. Se dio cumplimiento a la entrega de los soportes y evidencias solicitados. Así mismo, se elaboraron y remitieron los informes mensuales del proceso de Servicio a la Ciudadanía correspondientes al mes vencido. De igual manera, se realizó seguimiento al informe de la plataforma Si Cuéntanos, garantizando el registro oportuno, el cumplimiento de la meta establecida y el cierre correspondiente. Adicionalmente, se consolidó la información de las sesiones educativas mensuales conforme al cronograma definido y se verificó el registro de los motivos de inasistencia.
15	15. Se asistió a la jornada de fortalecimiento del mes de diciembre, convocada para el día 19, a cargo del equipo de enlaces.

16	16. Se dio cierre al proceso de entrevistas de los estudiantes del Servicio Social, elaborando el informe de resultados y las presentaciones de los temas asignados a la Subred para la socialización con los estudiantes del Distrito, abordando contenidos como generalidades del Modelo, Bienestar y prácticas cotidianas de promoción y preservación de la salud como ejes fundamentales para el bienestar de la comunidad.
17	17. Se dio cumplimiento al porte adecuado de los elementos institucionales requeridos para la prestación del servicio, así como a la reserva y confidencialidad de la información y los datos de los usuarios.
18	18. De manera adicional, se realizó la gestión diaria de situaciones emergentes que requirieron atención inmediata, garantizando el cumplimiento, la respuesta oportuna y el cierre efectivo de las necesidades presentadas por la ciudadanía.

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° 7994000191	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	$ 249.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	$ 318.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 48.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 616.400

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_F1F35D* **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_F1F35D* **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