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: (31-03-2026)					
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 1903 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS
PS_1903_2026_91D3EA

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 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 1903 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.894.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	De acuerdo con la demanda del servicio, brindé orientación a 3 A 5 pacientes venezolanos en condición migratoria irregular que acudieron en búsqueda de atención en salud (según demanda diaria de pacientes), informándoles sobre el contrato del fondo financiero para su atención y sobre el proceso de vinculación mediante la realización de estudio social de caso, según el diagnóstico médico. Adicionalmente, orienté frente al proceso de regularización de su situación migratoria en el país.
2	Durante el periodo reportado, en el servicio de consulta externa apoyé la identificación y abordaje de 1 a 2 casos de presunta violencia aproximadamente (según demanda diaria de pacientes), los cuales se les indico asistir al servicio de urgencias para la activación de la ruta de atención integral en salud, conforme a los lineamientos institucionales. Asimismo, identifiqué a 2 usuarios en condición de habitabilidad en calle, a quienes brindé orientación para la gestión de la certificación de habitante de calle ante la Secretaría Distrital de Integración Social.
3	En cumplimiento de la obligación contractual, revisé aproximadamente 10 a 15 historias clínicas asociadas a errores en la asignación de citas y situaciones administrativas (posibles barreras de acceso), verificando la información registrada y actualizando los datos de contacto en el sistema Dinámica cuando fue necesario. Asimismo, reporté a las áreas responsables las inconsistencias identificadas, tales como mala asignación de citas, errores en órdenes médicas o programación de procedimientos no ofertados, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y de los protocolos institucionales para el manejo de la información clínica.
4	Durante el mes de marzo, realicé de 60 a 70 orientaciones (según demanda diaria de pacientes), direccionamientos y/o aclaraciones sobre trámites administrativos necesarios para recibir atención en salud a los usuarios que acudieron al Hospital Jorge Eliecer Gaitán, mediante atención directa en la sala de espera y en la Oficina de Servicio al Ciudadano.
5	Revisé y di seguimiento continuo al cumplimiento de las actividades asignadas al personal a mi cargo (de los 6 centros de salud a mi cargo), tales como sesiones educativas, aplicación de encuestas de adherencia a derechos y deberes, socialización del portafolio de servicios y registro de barreras en la plataforma Sí Cuéntanos, verificando la ejecución oportuna de las actividades y el adecuado desarrollo de las responsabilidades establecidas. Asimismo, consolidé la información reportada al cierre del mes, elaborando el informe mensual correspondiente y garantizando que los datos consignados fueran completos, veraces y coherentes con las actividades efectivamente desarrolladas.
6	Coordiné e implementé estrategias orientadas a la mejora continua en la prestación del servicio al ciudadano del Hospital Jorge Eliecer Gaitán y en los otros centros de salud a cargo. Adicionalmente, a su vez se reajuste el proceso de asignación de citas del hospital Jorge Eliecer Gaitán derivado de la terminación del contrato del Contact Center (apoyo en asignación de citas).
7	Participé en reuniones con subprocesos y líderes de unidades, para la evaluación y coordinación de la nueva estrategia en la sala de espera, definiendo acuerdos interdependencias orientados a mejorar la prestación del servicio a los usuarios. Asimismo, asistí de manera continua a las actividades convocadas por la Jefe de Oficina, incluyendo la reunión de fortalecimiento realizada el 25 y 27 de marzo y la reunión de equipo con mi personal a cargo el día 11 de marzo, y a reuniones virtuales con la Referente Carolina de Servicio al Ciudadano; adicionalmente el apoyo a los líderes de sede durante las auditorias de las diferentes Eps en el presente mes.
8	Durante el mes de marzo de 2026, elaboré y consolidé la información correspondiente al informe mensual de sesiones educativas; asimismo, realicé el acta de reunión mensual con el equipo de orientadores de Servicio al Ciudadano y el acta de revisión de cuentas de cobro, de conformidad con las acciones desarrolladas en el marco del proceso de Servicio a la Ciudadanía.
9	Verifiqué periódicamente el aplicativo AgilSalud, con el fin de identificar posibles requerimientos, quejas o reclamos relacionados con el equipo de Servicio al Ciudadano y dar respuesta oportuna según correspondiera. Para el mes de marzo se recibieron 7 Requerimientos O Peticiones Ciudadanas (4 Quejas 1 Derecho De Petición 2 Felicitaciones), los cuales fueron socializados a los colaboradores implicados internamente y su repuesta por medio del aplicativo institucional al peticionario

10	Acompañé al equipo de Servicio al Ciudadano (orientadores) en el desarrollo de sesiones educativas, aplicación de encuestas de adherencia a derechos y deberes y socialización del portafolio de servicios, generando observaciones orientadas al fortalecimiento del proceso. Asimismo, socialicé el instructivo de charlas disponible en Armera y estructuré el cronograma de divulgación en la sala de espera, garantizando la ejecución organizada y continua de las actividades.
11	Registré en el aplicativo Sí Cuéntanos 20 orientaciones brindadas y las barreras de acceso identificadas durante la atención a los usuarios, conforme a la meta establecida por la Oficina, garantizando la calidad y oportunidad del reporte. Asimismo, realicé seguimiento al equipo de trabajo, verificando el cumplimiento y el adecuado diligenciamiento de los registros.
12	Verifiqué diariamente la presencia y adecuada distribución del equipo de trabajo, con el fin de garantizar una atención organizada y oportuna a los usuarios teniendo en cuenta las dinámicas de los centros de salud y la falta de personal del mismo. Asimismo, validé permanentemente la disponibilidad de agendas para especialidades y procedimientos y, cuando no había disponibilidad de agenda para citas, gestioné con la Central de Citas la habilitación correspondiente para asegurar la asignación al usuario en espera.
13	Al verificar la información en la historia clínica de casos específicos identificados en la sala de espera, garanticé la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de los datos de los usuarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos establecidos por la Subred.
14	Participé en reuniones, espacios de fortalecimiento, capacitaciones y actividades convocadas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y/o por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., a través de la coordinación de la Jefe de Oficina. Entre estas, asistí a la reunión de fortalecimiento y a reuniones virtuales con la Referente Carolina de Servicio al Ciudadano, en las cuales se dieron a conocer lineamientos específicos que permiten mejorar la experiencia de los usuarios, proporcionando información actualizada, clara y precisa.
15	Durante el desarrollo del contrato, mantuve plena disposición para cubrir y apoyar cualquiera de los subprocesos de la Oficina, conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual. Actualmente, cumplí con las actividades asignadas en mi rol como referente de Servicio al Ciudadano en el Hospital Jorge Eliecer Gaitán y los demás centros de salud a mi cargo, atendiendo de manera oportuna las necesidades del quehacer diario y los requerimientos institucionales.
16	Porté de manera visible los elementos de identificación institucional y mantuve una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales.
17	Cumplí otras funciones derivadas del objeto contractual, incluyendo el apoyo en la asignación de 340 citas aproximadamente y en la entrega de más de 130 turnos diarios (según demanda diaria de pacientes) en el filtro diarios, actividades realizadas por necesidades del servicio y no contempladas de manera explícita en las funciones habituales del contrato.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 54444887	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/12	$ 219.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/12	$ 281.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/12	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.300

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_1903_2026_91D3EA* **ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS** **CC: 1023948617**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1903_2026_91D3EA* **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_1903_2026_91D3EA* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**