

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023978054		GUARIN MORENO PAULA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 25 sur n 11 87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4031595	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300825838	9503769179	I	2026/05/14	2026/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1023978054	GUARIN PAULA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023978054		GUARIN MORENO PAULA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 25 sur n 11 87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4031595	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300825838	9503769179	I	2026/05/14	2026/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$576,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$576,900	\$0	\$0	\$576,900	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULA CAMILA GUARIN MORENO		CC:	1023978054	
CORREO ELECTRÓNICO:	2PAULA.CAMILA7@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3224282960	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 SUR 11 87		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24085638022

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1988 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 2026/05/01 AL 2026/05/31		



PAULA CAMILA GUARIN MORENO
PS_1988_2026_81BEFA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PAULA CAMILA GUARIN MORENO

CC: 1023978054

CEL: 3224282960

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

PAULA CAMILA GUARIN MORENO

CON C.C N° 1.023.978.054

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 1988 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:	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	De acuerdo con la demanda del servicio de los hospitales Materno Infantil y la Victoria, brindé orientación a 1 usuaria gestante de nacionalidad venezolana en condición migratoria irregular y a 1 menor de 4 años que acudieron en búsqueda de atención en salud, 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 mes de mayo, en el servicio de consulta externa no se identificaron casos de presunta violencia, usuarios en condición de habitabilidad en calle.
---	--

3	En cumplimiento de la obligación contractual, revisé aproximadamente 21 historias clínicas asociadas a errores en la asignación de citas y situaciones administrativas, 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 abril, realicé 35 orientaciones, direccionamientos y/o aclaraciones sobre trámites administrativos necesarios para recibir atención en salud a los usuarios que acudieron al Hospital Materno Infantil y la Victoria, 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, 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 Materno infantil y Hospital La Victoria, como la redistribución de la sala de espera, ubicando la oficina de Servicio al Ciudadano en el ingreso de la misma, para garantizar que fuera el primer punto de contacto y orientación para los usuarios, en respuesta al plan de contingencia derivado de la terminación del contrato del Contact Center, situación que implicó que la asignación de citas se realizara de manera exclusivamente presencial.
---	--

7	Asistí de manera continua a las reuniones convocadas por la Jefe de Oficina Zulma López el 11 de mayo de 2026 y 14 de mayo de 2026, incluyendo la reunión de fortalecimiento realizada el 29 de mayo de 2026 y a reuniones con la Referente Carolina de Servicio al Ciudadano, llevadas a cabo el día 28 de mayo de manera virtual
---	--

8	Durante el mes de mayo 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 orientadoras 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 Angi Salud, 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 mayo se dio respuesta al requerimiento radicado SISSCO-2026-PQ-002556 y SISSCO-2026-PQ-002583
---	---

10	Acompañé al equipo de Servicio al Ciudadano (orientadoras) 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, 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 15 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. 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 realizada el 11 de mayo y a reuniones virtuales con la Referente Carolina de Servicio al Ciudadano, llevadas a cabo el 28 de mayo de 2026, incluyendo la reunión de fortalecimiento realizada el 29 de mayo de 2026, 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 Materno Infantil y La Victoria, 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 citas desde el usuario de la Orientadora Daniela Quiroga, se autorizó el direccionamiento de la eps famisanar y se agendo procedimiento de histerosonografías y procedimientos de agenda en espera de pruebas neuropsicológicas en el Hospital La Victoria. 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503769179	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



PAULA CAMILA GUARIN MORENO

PS_1988_2026_81BEFA

PAULA CAMILA GUARIN MORENO

CC: 1023978054

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ

PS_1988_2026_81BEFA

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_1988_2026_81BEFA

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

SUPERVISOR DEL CONTRATO