

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ISABEL JAIME PIÑEROS		CC:	35526323	
CORREO ELECTRÓNICO:	ISAJAP.ES@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3208278242	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 33 BIS A 4 D 17 ED QUINTA 33 PH APTO 102		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074129057

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1945 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.274.810
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ISABEL JAIME PIÑEROS  
PS\_1945\_2026\_E0B578

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ISABEL JAIME PIÑEROS

CC: 35526323

CEL: 3208278242

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

**ISABEL JAIME PIÑEROS**

**CON C.C N°**

**35.526.323**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I 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.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1945 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 13.099.240	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 16.374.050	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.274.810
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
-------------------------------	-----------------------------

**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)**

- | 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    | 1. Durante el mes de Mayo de 2026 se gestionaron y tramitaron 951 requerimientos, comunicaciones y demás documentos asignados a la Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano a través del aplicativo Agilsalud.   |
| 2    | 2. Durante el mes de Mayo de 2026, se asignaron 428 comunicaciones, requerimientos y demás documentos recepcionados por el aplicativo Agilsalud, a los profesionales a cargo de los diferentes procesos en la Oficina, para la proyección y trámite pertinente de los mismos.   |
| 3    | 3. Durante el mes de Mayo de 2026, se brindó apoyo a 380 a personas, entre usuarios internos y externos, la recepción telefónica.   |
| 4    | 4. Durante el mes de Mayo de 2026, se asignaron 428 comunicaciones, requerimientos y demás documentos recepcionados por el aplicativo Agilsalud, a las diferentes direcciones y áreas de la Subred, para la gestión y trámite pertinente de estos.  |
| 5    | 5. Durante el mes de Mayo de 2026, se realizó seguimiento a la gestión y trámite finalizado de todas las comunicaciones y requerimientos recepcionados por el aplicativo Agilsalud, correspondientes de la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social.   |
| 6    | 6. Durante el mes de Mayo de 2026, se realizó el seguimiento oportuno y se dio trámite a la respuesta de 512 requerimientos ciudadanos que de acuerdo al asunto, dependan de la jefatura de la Oficina de Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano.  |
| 7    | 7. Durante el mes de Mayo de 2026, apoyé el proceso de seguimiento y documentación de los procesos desarrollados por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e., en el marco del diseño, implementación y seguimiento del modelo de relacionamiento con la ciudadanía conforme a las competencias establecidas para la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. |
| 8    | 8. Durante el mes Mayo de 2026, se dio gestión y tramite a 300 requerimientos allegados a través del correo electrónico atenciónusuario@subredcentrooriente.gov.co.   |
| 9    | 9. Durante el mes de Mayo de 2026, Asistí a 2 espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y reuniones de relacionamiento con la ciudadanía.  |
| 10   | 10. Durante el mes de Mayo de 2026, Participo en el proceso de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. el día 25/02/2025  |
| 11   | 11. Durante el mes de Mayo de 2026, apoyé los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.  |
| 12   | 12. Durante el mes de Mayo de 2026, cumplí con las obligaciones contractuales dentro de los tiempos y condiciones requeridos, de acuerdo con las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred, conforme al perfil definido.  |
| 13   | 13. Durante el mes de Mayo de 2026, Porté visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los Manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.   |
| 14   | 14. Durante el mes de Mayo de 2026 cumplí con las demás obligaciones que se deriven directamente del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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° 081285300	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/11	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</b>


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>ISABEL JAIME PIÑEROS</i> <i>PS_1945_2026_E0B578</i></p> <hr/> <p><b>ISABEL JAIME PIÑEROS</b> <b>CC: 35526323</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES</i> <i>PS_1945_2026_E0B578</i></p> <hr/> <p><b>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-11, 05:14:11 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081285300

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823894006

## PAGADO 11/05/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	ISABEL JAIME PIÑEROS		
<b>Documento</b>	CC35526323	<b>Dirección</b>	DIAG 6 N 6A19
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3208278242
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	SEGUROS BOLIVAR

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total												
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGI	UM	UMC	APP	ICP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 35526323	ISABEL JAIME PIÑEROS	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 1.300	\$ 543.100