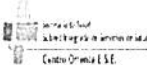
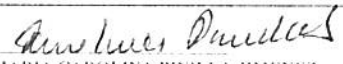
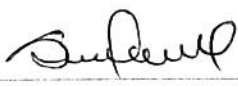


 GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA Secretaría de Salud Servicio Integral de Atención en Salud Centro Oriente ESE		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-ET-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE REGISTRO (MAY 10 2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ			CC:	51795912	
CORREO ELECTRÓNICO:		referencia.servicio@subred-centroorientegs.cundinamarca.gov.co			RUT (NIT):	51795912	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 24 N 27 A 10			TELÉFONO:	3006711437	
					CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
NO tomaré costos y deducciones				S (X)			
SI tomare costos y deducciones				E ()			
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y.							
Regimen Simple De Tributación - RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación					SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		DA VIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	452970035294
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DE SELEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 2952 2024	Nº CDP:	3374	Nº CRP:	43268	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PROLOGAS : 9 MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 44.779,500	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/10/2024 AL 31/10/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 4.975.500						
CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS pesos mte							
 MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ C.C. 51795912 cel: 3006711437							

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FE-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y MARIA CAROLINA PINELA JIMÉNEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51.795.932		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS - 2952 - 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.951.000		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				2 MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 44.779.500		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4.975.500	
Nº DE INFORME:		NUEVE		Nº CRP:	
				3374	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		NUEVE MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		DRA. SHIRLEY JANNEETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	CRP DE LA ADICIÓN:	22994
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	CRP DE LA ADICIÓN:	25653
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	CRP DE LA ADICIÓN:	30153
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	CRP DE LA ADICIÓN:	33982
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	CRP DE LA ADICIÓN:	37861
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	CRP DE LA ADICIÓN:	40971
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	CRP DE LA ADICIÓN:	43268
					TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
					1 MES
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA POLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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					
1	Se da cumplimiento de operación de los componentes del sistema único de habitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información				
2	Se participa en el diseño de estrategias para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación,				
3	Diseño e implementación de actividades para el equipo de asignación de citas, dando respuesta a los objetivos propuestos				

4	Diseño y ejecución de programas y proyectos que contribuyan en la implementación de actividades que permitan un mejor acceso a los servicios de salud a los usuarios
5	Se establecen cronograma de capacitaciones con el equipo de trabajo
6	Contribuir con actividades que mejoren la medición de la satisfacción del usuario control y percepción social con eficacia y oportunidad
7	Contribuir con acciones que apunten a la disminución de peticiones, dando cumplimiento a los criterios de calidad: Oportunidad, claridad, coherencia y calidad.
8	Se realiza seguimiento diario y permanente al proceso de asignación de citas, implementando estrategias que mejoren la respuesta a los usuarios
9	Contribuir con las acciones que den respuesta al proceso de asignación de citas
10	Diseño de instrumentos de medición que permitan establecer el conocimiento y la habilidad en el proceso de asignación de citas
11	Contracción de diagnóstico inicial e implementación de actividades que mejoren el proceso de asignación de citas, en los canales establecidos
12	Diseño de estrategias e implementación de actividades que mejoren el proceso de Servicio a la Ciudadanía, robando seguimiento permanente al desarrollo de las actividades
13	Asistencia a capacitaciones convocadas por EAFB privadas y Capital Salud
14	Asistencia reuniones programadas con equipo de trabajo Servicio a la Ciudadanía
15	Elaboración de informes mensuales y trimestrales de las actividades desarrolladas en el proceso de Servicio a la Ciudadanía, con los reportes generados desde las aplicaciones
16	Se Garantiza la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales
17	Se cumple con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Solared Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
18	Se portan visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal.
19	Se cumplen con las obligaciones asignadas
20	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	7100091676
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS
PENSIÓN:	FORVENDR
RIESGOS LABORALES:	ARI, SURA
OTRO	
TOTAL PAGADO	\$ 616.400
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el bte se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el BIC sea menor a 1 SMMIV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut) 3- Que adjunte evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4- Que autoriza los impuestos a que estoy obligada 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 periodo correspondiente	
 MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:51795932 CEL:3006711437	

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				MARIA CAROLINA PINI L.A. JIMENEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				51.795.932			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
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 - 2952-2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 9,951,000.00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	44,779,500.00		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		\$ 4,975,500.00
N° PAGO / N° DE INFORME:		9 DE 9		N° CRP INICIAL:		285	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		9 MESES					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			(N°7940891676)		OPERADOR:		SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			DRA. SHIRLEY JANNEETH TORRES RODRIGUEZ - Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACION:	N° (7.1)	TIPO DE MODIFICACION (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION 7	PRORROGA7	
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	RP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	RP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	RP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	RP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	RP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	RP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,975,500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	RP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 cláusula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (DIA/MES/AÑO) AL (DIA/MES/AÑO)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ CARGO: Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: Técnico ADMINISTRATIVO II	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

[illegible]