

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA LUNA COTRINA TORRES			CC:	1010184816
CORREO ELECTRÓNICO:	lunacotrina23@gmail.com			TELÉFONO:	3246856274
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 56 152B 60			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	455270033638
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5198 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.669.408
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				



DIANA LUNA COTRINA TORRES
PS_5198_2025_FC04AB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA LUNA COTRINA TORRES
CC: 1010184816
CEL: 3246856274

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

DIANA LUNA COTRINA TORRES

CON C.C N°

1.010.184.816

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5198 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.424.781	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.697.693	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.669.408
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	SEGUIMIENTO, ACTUALIZACIÓN, EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PAI 2024 DE LA SUBRED, DONDE INCLUYAN LAS JORNADAS Y CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - MSPS-Y/O LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD SDS
2	ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL PARA POSICIONAR Y PRESENTAR LOS AVANCES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES QUE PERMITAN DESARROLLAR ACCIONES CONJUNTAS CON RESULTADO DE IMPACTO EN LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN
3	EVALUAR LOS INDICADORES PAI: COBERTURA, ACCESO, DESERCIÓN Y OPORTUNIDAD DE VACUNACIÓN DE LA SUBRED. ADEMÁS, DE LA SIMULTANEIDAD DE TRAZADORES DE LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN
4	DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ ESTABLECIDA POR LA SUBRED PARA EL CARGUE DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVERSIÓN
5	EALIZAR REUNIONES DE GESTIÓN Y ANÁLISIS CON LOS PROFESIONALES DE APOYO, PROFESIONALES INTRAMURALES, EXTRAMURALES, TÉCNICOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DE CADENA DE FRÍO; PARA EVALUAR EL AVANCE DEL PROGRAMA Y CUMPLIMIENTO DE COBERTURAS, PERMITIENDO TOMAR ACCIONES DE MEJORA OPORTUNAS EN LA SUBRED
6	REPORTAR LAS NOVEDADES DE INCUMPLIMIENTO A LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VACUNACIÓN EN EL MARCO DE RESOLUCIÓN 3100/2019 MEDIANTE OFICIO RADICADO A LA SUBSECRETARIA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, ANEXANDO LOS SOPORTES DEL EVENTO PRESENTADO
7	REPORTAR MEDIANTE OFICIO A LAS EAPB CON COPIA A LA SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO Y A LA SUBDIRECCIÓN DE ACCIONES COLECTIVAS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, LOS HALLAZGOS DE INCUMPLIMIENTO EN COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE SU RED PRESTADORA, DONDE SE INCLUYA LA SOLICITUD DE ACCIONES DE MEJORA
8	REALIZAR ENVÍO PREVIA VALIDACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD, COMPLETITUD Y CONGRUENCIA DE LOS INFORMES MENSUALES (REPORTE MENSUAL DE DOSIS APLICADAS, MOVIMIENTO DE BIOLÓGICO, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS, INFORME TÁCTICAS MODALIDAD EXTRAMURAL) DEL PROGRAMA PERMANENTE INCLUIDA LA VACUNA COVID-19 Y OTRAS QUE SE INCLUYAN EN EL PROGRAMA
9	REALIZAR SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL DATO DE LAS COHORTES ASIGNADAS MENSUALMENTE DESDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. NOTA: LA SDS DISPONDRÁ LA BASE DE COHORTES A LAS SUBREDES LA ÚLTIMA SEMANA DEL MES ANTERIOR
10	REALIZAR ARTICULACIÓN CON VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - VSP Y FARMACO-VIGILANCIA, DONDE SE ANALICEN MÍNIMO LAS SIGUIENTES TEMÁTICAS: EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNA - EPV, EVENTOS ADVERSOS POSTERIOR A VACUNACIÓN EAPV Y TÁCTICA DE BLOQUEOS
11	CONSOLIDAR LA PROYECCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS PRODUCTOS 9, 10, 11 A Y B, 12, 14, 17 Y 19 DEL PROGRAMA PAI.
12	REALIZAR LA SOLICITUD DE PEDIDO DE MEDICAMENTOS E INMUNOBIOLÓGICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS DEL PROGRAMA PERMANENTE, COVID19, VACUNA E INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA, FRENTE AL COMPORTAMIENTO DEL CÁLCULO DE NECESIDADES DE LA SUBRED

13

LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SEAN DEFINIDAS POR EL SUPERVISOR.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1075808818	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/20	\$ 183.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/20	\$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 454.200
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 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		 DIANA LUNA COTRINA TORRES PS_5198_2025_FC04AB DIANA LUNA COTRINA TORRES CC: 1010184816	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5198_2025_FC04AB BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO	



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075808818

Periodo Cotización: septiembre de 2025

Periodo Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075808818

Periodo Cotización: septiembre de 2025

Periodo Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:50:13 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: septiembre de 2025

Número Planilla: 1075808818

Período Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823218616

PAGADO 20/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA LUNA COTRINA TORRES		
Documento	CC1010184816	Dirección	CR 56 #152 B - 60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	9265052
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 1010184816	DIANA LUNA COTRINA TORRES	59	00																	0	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.467.800	\$ 234.900	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.467.800	\$ 183.500	2,436	\$ 1.467.800	\$ 35.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.467.800	\$ 29.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 483.600	

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
\$ 1.467.800	\$ 1.467.800	\$ 1.467.800	\$ 1.467.800	\$ 234.900	\$ 183.500	\$ 35.800	\$ 29.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 483.600	\$ 4.400	\$ 488.000