

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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:			2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



DIANA LUNA COTRINA TORRES
PS_5198_2025_9413CC

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:	\$ 29.367.101	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.669.408
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
---	-----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
------------------------	--------------------------------

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	Verificar, analizar, evaluar y entregar informe mensual de movimiento de biológicos, dosis administradas, dispositivos médicos e insumos, en población colombiana y extranjera, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Coherencia de la información reportada de saldos iniciales, entradas o recepciones técnica de centro de acopio, dosis aplicadas en el informe mensual de vacunación, dato consolidado de pérdidas, políticas de frascos abiertos, despachos y traslados realizados.
2	informe debe entregado y presentarse de manera mensual a los técnicos en sistemas de información, profesionales intramurales, y centro de acopio del programa PAI PIC. Participar y brindar información pertinente del programa, en las visitas de asistencia técnica, unidades de análisis programadas por la Subred o a través de los convenios realizados con las EPS, socializar las novedades o compromisos generadas de las mismas, vía correo electrónico al líder de la unidad, y coordinador vacunación PAI Intramural. Verificar y socializar las metas asignadas para las USS, por cada EPS, según los biológicos del Programa, y generar estrategias internas de vacunación, donde se evidencie, el porcentaje de cumplimiento a las metas de vacunación.
3	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-.
4	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
5	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
6	DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ ESTABLECIDA POR LA SUBRED PARA EL CARGUE DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVERSIÓN
7	REALIZAR 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
8	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
9	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
10	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

11	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
12	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
13	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
14	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
15	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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1076550812	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 183.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/18	\$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 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 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	 DIANA LUNA COTRINA TORRES PS_5198_2025_9413CC DIANA LUNA COTRINA TORRES CC: 1010184816
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
PS_5198_2025_9413CC

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADA 18/11/2025

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	ÚNICO				
Ciudad	BOGOTA D.C.					Departamento	BOGOTA D.C.				
Representante Legal						Identificación					
Total Afiliados	1					ARP	ARL SURA				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	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 1010184816	DIANA LUNA COTRINA TORRES	59	0																		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, licen- cias, 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	\$3,600	\$487,200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!