

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ</b>		<b>CC:</b>	<b>52826967</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>ANAILIL906@HOTMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3102249100</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 26 SUR 12I 23</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA S.A.</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>488426971799</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 4223 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 3.484.896</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/01/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31</b>		



*GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ*  
*PS\_4223\_2025\_4B5E91*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ**

**CC: 52826967**

**CEL: 3102249100**

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

**GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ**

**CON C.C N°**

**52.826.967**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4223 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 13.939.584	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>186</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 48.694.864	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.484.896
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>TRECE (13) MESES</b>
--	-------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>CENTRO DE SALUD LIBERTADORES</b>
--	-------------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA</b>
-------------------------------	-------------------------------------

**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)**

- |             |   |
|-------------|---|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br><b>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</b>   |
| 1           | Prestar servicios profesionales como odontóloga, realizando consultas odontológicas conforme al estándar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred Centro Oriente ES E |
| 2           | Elaborar historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.  |
| 3           | Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuada y oportunamente en el marco de cada consulta en el aplicativo DINAMICA  |
| 4           | Cumplir con las inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud  |
| 5           | Diligenciar las fichas SISVESO y manejo de acuerdo a los protocolos de INS cada vez que se presente un evento de interés en salud pública   |
| 6           | Notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio y participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.  |
| 7           | Cumplir con las normas de bioseguridad. (Utilización de tapabocas, bata, lavado de manos, gafas y demás que se requieran medidas para disminuir el riesgo biológico)  |
| 8           | Participar en los espacios de inducción, reinducción, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relación a la atención de pacientes.   |
| 9           | Aplicar protocolos y métodos con el fin de brindar una atención de calidad, dando cumplimiento a la normatividad vigente en relación a los procesos de habilitación y acreditación.   |
| 10          | Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades marcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.  |

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1079070004/1078040395	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/12	\$ 183.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/12	\$ 235.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/12	\$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 454.600

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**



*GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ*

*PS\_4223\_2025\_4B5E91*

**GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ**

**CC: 52826967**

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



*NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA*

*PS\_4223\_2025\_4B5E91*

**NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-26, 02:22:53 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1078040395

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

Referencia pago

8823529128

## PAGADA 12/01/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ		
Documento	CC52826967	Dirección	CL 26 B NO 12 I 23 SUR SAN JOSE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102249100
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	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 52826967	GLORIA LILIANA SIERRA CRUZ	59	0																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$1,423,500	\$227,800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1,423,500	\$178,000	2.436	\$1,423,500	\$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500

### 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
\$1,423,500	\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$227,800	\$178,000	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500	\$0	\$440,500

