

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON		CC:	1026260621	
CORREO ELECTRÓNICO:	diana.solorzano2679@gmail.com		TELÉFONO:	3138410914	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90C 6A 67		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	455900125200

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3090 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.050.840
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON
PS_3090_2026_EC1919

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

CC: 1026260621

CEL: 3138410914

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

DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

CON C.C N° 1.026.260.621

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3090 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20.203.360	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.203.360	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.050.840
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	---------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	--

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA
-------------------------------	---------------------------------

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 | 1. Prestar servicios profesionales especializados, de manera personal y autónoma, en la dirección de gestión integral del riesgo en salud, participando en los procesos de planeación, ejecución, monitoreo y seguimiento de los indicadores de interés en salud pública.
1.1 Revisar y actualizar las bases de los 4 tamizajes priorizados.
1.2 Elaborar, mantener y realizar seguimiento a los tableros de indicadores de la cohorte de cáncer (tableros y bases de datos del mes). |
| 2 | 2. Realizar procesos de análisis de información, generación de alertas de riesgo, asistencia técnica y acompañamiento a los diferentes servicios, unidades y personas de la institución, según el tema asignado.
2.1 Realizar estrategias y hacer seguimiento a los casos críticos de la cohorte de cáncer.
2.2 Diseñar e implementar estrategias para la mejora de la oportunidad en la atención en los pacientes con posible diagnóstico de cáncer. |
| 3 | 3. Realizar seguimiento a la implementación de rutas de atención y rutas de riesgo, de acuerdo con los diferentes momentos del curso de vida y el tema asignado.
3.1 Priorizar indicadores con resultados críticos (en estado rojo).
3.2 Coordinar acciones con las referentes de la diferentes EAPBS para el mejoramiento de la oportunidad en la atención de los usuarios. |
| 4 | 4. Reportar de manera oportuna los eventos de notificación obligatoria, conforme a la normatividad vigente, ante las entidades competentes para los eventos de interés en salud pública o alertas de riesgo.
4.1 Revisar el correo institucional y priorizar casos especiales.
4.2 Gestionar, junto con el personal auxiliar, las citas requeridas por las entidades solicitantes.
4.3 Enviar información clínica y documental requerida (historias clínicas, soportes y otros documentos). |
| 5 | 5. Garantizar el cumplimiento de los protocolos y guías institucionales, generando alertas ante la ausencia o incumplimiento de los mismos.
5.1 Actualizar protocolos y documentos institucionales cuando sea requerido.
5.2 Revisar y validar protocolos y documentos institucionales según requerimientos internos o normativos. |
| 6 | 6. Apoyar la gestión y operación de la atención integral en salud, identificando eventos de alto costo y generando las alertas de riesgo necesarias.
6.1 Articular acciones con los diferentes actores para definir estrategias de mejora.
6.2 Apoyar la planeación y ejecución de acciones de mejora en la oportunidad en la atención. |
| 7 | 7. Realizar el seguimiento y monitoreo de las cohortes de riesgo, de acuerdo con el modelo institucional y la normatividad distrital y nacional vigente.
7.1 Monitorear mensualmente los indicadores y compararlos con las metas establecidas.
7.2 Elaborar mensualmente el seguimiento de indicadores solicitados por las diferentes EAPBS y/o instituciones distritales. |
| 8 | 8. Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento, verificando la calidad y consistencia del dato.
8.1 Revisar y supervisar la información que se envía en las bases de los 4 tamizajes priorizados.
8.2 Elaborar y revisar la calidad del dato de las bases enviadas a las EAPBS. |
| 9 | 9. Construir análisis, tableros de indicadores y documentos requeridos por la institución o por entidades externas.
9.1 Realizar seguimiento a los tableros de indicadores de la RPMS de las cohortes de infancia y adolescencia.
9.2 Analizar alertas, indicadores de seguimiento de las diferentes EAPBS. |
| 10 | 10. Comunicar de manera oportuna, clara y permanente el riesgo en salud a los diferentes actores involucrados, garantizando información de calidad.
10.1 Mantener comunicación constante con la líder de la RPMS.
10.2 Informar a los líderes de las unidades sobre alertas generadas y requerimientos realizados por las EAPB. |

11	11. Acompañar el adecuado funcionamiento de los subsistemas de vigilancia en salud pública, mediante análisis, capacitación y seguimiento a los procesos de notificación y análisis de eventos. 11.1 Asistir a reuniones, mesas técnicas y capacitaciones convocadas por la subred, las EAPB o la Secretaría de Salud. 11.2 Asistencia a reuniones convocadas por la dirección de gestión del riesgo.
12	12. Participar en la construcción, seguimiento y reporte oportuno de los indicadores institucionales, garantizando el cumplimiento de los criterios de calidad de la información. 12.1 Diseñar y mantener el tablero de seguimiento de los 4 tamizajes priorizados 12.2 Definir y hacer seguimiento a indicadores de la cohorte de cáncer.
13	13. Realizar la gestión documental de las actividades ejecutadas, asegurando la entrega oportuna de productos y soportes. 13.1 Entregar los productos en los tiempos establecidos por la subred. 13.2 Entrega de bases de los 4 tamizajes priorizados: día 10 de cada mes, indicadores: día 15 al día 20 de cada mes.
14	14. Radicar en el sistema de gestión documental los soportes generados, conforme a la tabla de retención documental. 14.1 Entregar los documentos requeridos para su cargue en la plataforma Almera. 14.2 Entrega de planes de mejora en la plataforma almera.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501910209 9501981464	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/24	\$ 252.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/03/24	\$ 323.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/24	\$ 49.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 625.200

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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 MERCEDES SOLORZANO LEON

PS_3090_2026_EC1919

DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

CC: 1026260621

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JULY ANDREA NÚÑEZ MONGUÍ

PS_3090_2026_EC1919

JULY ANDREA NÚÑEZ MONGUÍ
SUPERVISOR ALTERNO

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



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_3090_2026_EC1919

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026260621		SOLORZANO LEON DIANA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 90C # 6A - 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8149531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	161468238	9501910209	I	2026/04/08	2026/03/24	BANCO DAVIVIENDA	0	\$615,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
1	CC	1026260621	SOLORZANO DIANA																		23100	30	\$1,990,200	\$318,500	EPS005	30	\$1,990,200	\$248,800		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,990,200	2.436%	\$48,500	0	\$0	\$0	No	\$615,800
Total Afiliados(1)																					\$1,990,200	\$318,500		\$1,990,200	\$248,800		\$0	\$0	\$1,990,200		\$48,500		\$0	\$0	\$615,800							

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$318,500	\$0	\$0	\$318,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$318,500	\$0	\$0	\$318,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$48,500	\$0	\$0	\$48,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$48,500	\$0	\$0	\$48,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$248,800	\$0	\$0	\$248,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$248,800	\$0	\$0	\$248,800
TOTAL				1	\$615,800	\$0	\$0	\$615,800



Diana Solorzano <diana.solorzano2679@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada  CUS 161468238

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: diana.solorzano2679@gmail.com

22 de marzo de 2026 a las 5:15 p.m.

**¡Hola, diana mercedes solorzano leon!****Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 615.800**Empresa:** APORTES EN LINEA**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:
9501910209**Fecha de la transacción:** 22/03/2026**CUS:** 161468238

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026260621		SOLORZANO LEON DIANA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 90C # 6A - 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8149531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	18166166	9501981464	N	2026/04/08	2026/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	8	\$9,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$30,136	\$4,800			\$30,136	\$3,800			\$0	\$0			\$30,136	\$800			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$30,136	\$4,800			\$30,136	\$3,800			\$0	\$0			\$30,136	\$800			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$30,136	\$4,800			\$30,136	\$3,800			\$0	\$0			\$30,136	\$800			\$0	\$0
1	CC	1026260621	SOLORZANO DIANA	231001	30	(\$1,990,200)	(\$318,500)	EPS005	30	(\$1,990,200)	(\$248,800)	0	\$0	\$0	14-7	30	(\$1,990,200)	(\$48,500)	0		\$0	\$0
2	CC	1026260621	SOLORZANO DIANA	231001	30	\$2,020,336	\$323,300	EPS005	30	\$2,020,336	\$252,600	0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,020,336	\$49,300	0		\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$30,136	\$4,800			\$30,136	\$3,800			\$0	\$0			\$30,136	\$800			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026260621		SOLORZANO LEON DIANA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 90C # 6A - 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8149531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	18166166	9501981464	N	2026/04/08	2026/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	8	\$9,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,800	\$100	\$0	\$4,900	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$4,800	\$100	\$0	\$4,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$800	\$100	\$0	\$900	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$800	\$100	\$0	\$900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,800	\$100	\$0	\$3,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$3,800	\$100	\$0	\$3,900	
TOTAL				1	\$9,400	\$300	\$0	\$9,700	



Diana Solorzano <diana.solorzano2679@gmail.com>

Soporte de Pago Puntored

1 mensaje

Operaciones Puntored <soportedepago@puntored.co>
Para: diana.solorzano2679@gmail.com

17 de abril de 2026 a las 9:23 a.m.



¡Pago confirmado con éxito!

Tu transacción ha sido procesada satisfactoriamente.

puntored



Transaccion Exitosa

Fecha 2026-04-17
Hora 09:23:32
ID transacción 1411874293
Trace d556fea91ef7
Número de autorización 166166
Comercio 504681
Terminal 418656
Usuario de Venta 252228
Operación Recaudo
Convenio PILA- PLANILLA AS APORTES EN LINEA
Cod. Convenio 1506
Referencia 1 9501981464
Banco BANCO OCCIDENTE
Valor \$9,700
Costo de transacción \$0
Total \$9,700

Si requiere soporte o ampliar información contáctenos a servicioal.cliente@puntored.co o vía WhatsApp al [3135559768](tel:3135559768)

Puntored – Corresponsal Bancario BANCO OCCIDENTE

Transacción realizada por puntored

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Datos guardados

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

 Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

 ¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 5238 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 5238 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3090 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3090 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 3090 2026 CRP -9726.pdf	1 PS 3090 2026 CRP -9726.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3090 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3090 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Datos guardados