



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-12, 03:57:26 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081206587

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

Referencia pago (PIN): 8823772541

PAGADO 12/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES DIAZ GOMEZ		
Documento	CC51961254	Dirección	CR 36B #2 B - 05 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5603400
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del 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	COR	SIN	IGE	LMA	VAC	VPT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	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 51961254	CLARA INES DIAZ GOMEZ	59	00																30	30	0		(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

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, Salidos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLARA INES DIAZ GOMEZ		CC:	51961254	
CORREO ELECTRÓNICO:	CLARADIAZGOMEZ69@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3138309776	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 36B SUR 10B 05		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	458000027649

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1884 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.191.160
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



CLARA INES DIAZ GOMEZ
PS_1884_2026_36861E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CLARA INES DIAZ GOMEZ

CC: 51961254

CEL: 3138309776

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

CLARA INES DIAZ GOMEZ

CON C.C N°

51.961.254

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1884 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 12.764.640 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12.764.640 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.191.160

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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. descargue los reportes de acuerdo a instructivo de conversión de servicios de salud según modalidad de contratación n. 2. Realice cruces de información, verificando la inclusión de las actividades finales. 3. verifique que se haya realizado la conversión de todas las actividades realizadas por el área asistencial. 4. realice cruce de información facturada frente a la producción de los servicios. 5. realice cortes de la información generada para socialización de las áreas responsables del cumplimiento de las mismas. 6. descargue los reportes necesarios del sistema de información que permitan evidenciar la consistencia de la facturación de acuerdo a la normatividad y contratación vigente. 7. Capacite al personal a cargo en puesto de trabajo en las actividades a desarrollar con el ánimo de dar cumplimiento a la normatividad y contratación vigente. 8. socializar a los profesionales y/o referentes los informes generados de forma periódica.9. Verifique los anexos técnicos de las cuentas del pfgp, pyd, ppg o contratos asignados.10. Valide la información con los archivos txt, rips y anexos a radicar a las entidades responsables de pago.11. Informe oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar el cumplimiento de la radicación oportuna de los anexos y facturas según normatividad o acuerdo de voluntades.12. Verifique la radicación de la información de acuerdo a los parámetros establecidos en el acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago.13. Revise y responder las devoluciones de las entidades responsables de pago, asignadas. 14. conciliar la información presentada con las entidades responsables de pago.15. Elabore informes solicitados de acuerdo a la modalidad de contratación con las diferentes entidades responsables de pago.16. Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.17. Participe en todas las reuniones y capacitaciones programadas por la subred.18. Realice acompañamiento y capacitación al talento humano según sea designado. 19. será responsabilidad del contratista entregar el dinero recaudado en la ventanilla, en caso de existir alguna diferencia esta será descontada de los honorarios que se certifiquen en el mes correspondiente al faltante.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA: N° 1080393693 **OPERADOR:** SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO ENTIDAD **FECHA DE PAGO** VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/04/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/11	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 ibr 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	 <p align="center"><i>CLARA INES DIAZ GOMEZ</i> <i>PS_1884_2026_36861E</i></p> <hr/> <p>CLARA INES DIAZ GOMEZ CC: 51961254</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p align="center"><i>YAMILE CANO HERRERA</i> <i>PS_1884_2026_36861E</i></p> <hr/> <p>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p align="center"><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> <i>PS_1884_2026_36861E</i></p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



R. Contributivo ▶ Consultas y estadísticas ▶ CONSULTA AFILIADOS COMPENSADOS (<https://servicios.adres.gov.co/R-Contributivo/Consultas-y-estadisticas/CONSULTA-AFILIADOS-COMPENSADOS>)

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	51961254	DIAZ	GOMEZ	CLARA	INES	2026-05	Sanitas	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Sanitas	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

152 Registros en 16 Páginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver a Consultar](#)

[Descargar](#)