



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-28, 12:40:10 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1082827978

Periodo Cotización:

mayo de 2026

Periodo Servicio:

mayo de 2026

PAGADO 17/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO		
Documento	CC1023898834	Dirección	CR 10B ESTE #21 SUR - 65 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	2800335
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				Novidades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	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 1023898834	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 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	\$ 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, Saldos 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	\$ 3.300	\$ 545.100

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO		CC:	1023898834	
CORREO ELECTRÓNICO:	loony0207@hotmail.com		TELÉFONO:	3046532525	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10B ESTE 24A SUR 56		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66200012144

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3791 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MONICA ANDREA NIETO SUPELANO
PS_3791_2026_ID5823

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CC: 1023898834

CEL: 3046532525

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

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CON C.C N°

1.023.898.834

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 DE ABRIL 2025.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3791 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/13
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.500.005	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.494.586	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

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	Asistencia a capacitaciones relacionadas con los aplicativos requeridos para el registro de las intervenciones, tales como GTAPS, Dinámica Gerencial, y apropiaciones de resoluciones y sus conceptos básicos.
2	Verificar la frecuencia de uso de los servicios de salud conforme al esquema de intervenciones y atenciones individuales establecido en el lineamiento técnico-operativo y resolución 3280 de 2018, con el fin de definir el tipo de atención que corresponde a cada usuario
3	Programar, realizar y registrar las atenciones en salud conforme a la periodicidad establecida, la clasificación familiar y el tipo de familia, en modalidad presencial o telefónica, de acuerdo con la condición de salud y lineamientos técnicos vigentes
4	programar una nueva visita garantizando la presencia del usuario y la atención integral por parte del equipo (población priorizada)
5	Identificar a la población sin aseguramiento que cumpla con los criterios para afiliación por oficio y remitir la información al equipo correspondiente para la gestión a través del Sistema de Afiliación
6	Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador para verificar datos de ubicación e informar el día programado para la atención domiciliaria.
7	Garantizar la apertura, diligenciamiento, actualización y cierre de los aplicativos y formatos físicos o magnéticos requeridos, asegurando calidad, veracidad, completitud y oportunidad de la información
8	Asistir de manera obligatoria y oportuna a comités semanales o mensuales, reuniones de seguimiento, jornadas de capacitación y convocatorias administrativas programadas, dejando constancia y soportes de participación
9	El auxiliar de enfermería será responsable de la elaboración, presentación y reporte oportuno de las cuentas de cobro
10	Brindar apoyo administrativo a los procesos de agendamiento de las atenciones realizadas, conforme a los lineamientos institucionales y contractual
11	Agendamiento y facturación de pacientes visitados por los profesionales de manera extramural
12	Revisión de derechos en ADRES y comprobadores de derechos para su debida gestión y atención
13	Consolidación y gestión de bases de datos.

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° 1082362376	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/29	\$ 131.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/29	\$ 168.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/29	\$ 25.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 325.100

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



MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

PS_3791_2026_ID5823

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CC: 1023898834

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_3791_2026_ID5823

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO