

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO			CC:	1022378903
CORREO ELECTRÓNICO:	dianacifuentesbarreto@gmail.com			TELÉFONO:	3103196433
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL. 48 SUR 87D 49			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074131624
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4052 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO
PS_4052_2026_3205C2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO
CC: 1022378903
CEL: 3103196433

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO				
CON C.C N°		1.022.378.903		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4052 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/12
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.000.037	No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.587.102	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ			
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	Valoración integral: Evaluar a la población asignada según su curso de vida, clasificando y priorizando los niveles de riesgo en salud			
2	Atenciones individuales: Ejecutar consultas de enfermería bajo la Resolución 3280 de 2018 y registrar de forma completa los diagnósticos CIE-10			
3	Plan de Cuidado Primario: Diseñar y registrar planes de cuidado para individuos y familias basados en los hallazgos de cada atención			
4	Procedimientos de enfermería: Realizar anamnesis, revisión por sistemas, exámenes físicos y análisis de hallazgos técnico			
5	Atención de emergencias: Brindar atención inicial ante urgencias en las visitas, activar rutas de atención y coordinar remisiones con el CRUE			
6	Registro en aplicativos: Registrar de manera verídica todas las atenciones en los sistemas GTAPS y Dinámica Gerencial			
7	Tiempos de entrega: Subir y reportar toda la información clínica en los aplicativos en un plazo máximo de 24 horas posteriores a la atención			
8	Seguimiento familiar: Programar y ejecutar visitas de seguimiento según la clasificación y el tipo de familia establecido			
9	Gestión documental: Organizar y controlar los archivos físicos y digitales producidos bajo la ley de archivística vigente			
10	Notificación SIVIGILA: Identificar eventos de interés en salud pública, violencia o conducta suicida, y remitir las fichas dentro de las primeras 24 horas			
11	Canalización SIRC: Detectar riesgos de salud o sociales y diligenciar el formato de canalización oportunamente			
12	Afiliación por oficio: Identificar a personas sin aseguramiento en salud y remitir sus datos para gestionar el ingreso al Sistema de Afiliación Transaccional			
13	Articulación comunitaria: Fortalecer las acciones en el territorio bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)			
14	Asistencia a reuniones: Asistir obligatoriamente a comités semanales/mensuales, jornadas de capacitación y convocatorias de la entidad			
15	Cuidado de bienes públicos: Custodiar, usar adecuadamente y responder por el inventario biomédico, de cómputo o insumos asignados			
	Seguimiento de equipo: Apoyar operativamente al equipo interdisciplinario (gestor comunitario, auxiliar de enfermería, psicólogo y médico)			
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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1082721230	OPERADOR:	MI PLANILLA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/01	\$ 218.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/01	\$ 280.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/01	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 540.700
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 LIZETH CIFUENTES BARRETO PS_4052_2026_3205C2 DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO CC: 1022378903		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4052_2026_3205C2 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Fecha creación reporte: 2026-07-28, 09:03:38 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1083573575

Periodo Cotización:

junio de 2026

Periodo Servicio:

junio de 2026

PAGADO 10/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO		
Documento	CC1022378903	Dirección	CALLE 49 N 88 06
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	8027023
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				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	REP	TDE	TAE	TDP	TSP	VAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	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 1022378903	DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO.	57	00	X																	0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 2.402.000	\$ 384.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 2.402.000	\$ 300.300	2.436	\$ 2.402.000	\$ 58.600	(NING-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 743.300

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
\$ 2.402.000	\$ 2.402.000	\$ 2.402.000	\$ 0	\$ 384.400	\$ 300.300	\$ 58.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 743.300	\$ 4.500	\$ 747.800