

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA ELIZABETH SIERA SANABRIA			CC:	1057605838
CORREO ELECTRÓNICO:	laura-elizabeth76@hotmail.com			TELÉFONO:	3133651058
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 82G BIS 59 62			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	545859931
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4071 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.500.008	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LAURA ELIZABETH SIERA SANABRIA PS_4071_2026_42114F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA ELIZABETH SIERA SANABRIA CC: 1057605838 CEL: 3133651058					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LAURA ELIZABETH SIERA SANABRIA				
CON C.C N°		1.057.605.838		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 DE ABRIL 2025.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4071 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/14
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.500.005	No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.413.064	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			
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	Realizar la caracterización y valoración integral de los usuarios y sus familias, identificando riesgos en salud y necesidades de atención conforme al modelo preventivo y predictivo			
2	Realizar la caracterización y valoración integral de los usuarios y sus familias, identificando riesgos en salud y necesidades de atención conforme al modelo preventivo y predictivo.			
3	Registrar de manera oportuna y completa la información en los aplicativos institucionales (GTAPS, Dinámica Gerencial, PAI Web 2.0 y demás plataformas), garantizando la calidad y veracidad de los datos			
4	Programar y realizar visitas domiciliarias y seguimientos a los usuarios, especialmente a la población priorizada, efectuando las remisiones y canalizaciones necesarias según los riesgos identificados			
5	Participar en capacitaciones, reuniones y actividades administrativas, apoyando la gestión documental, el agendamiento de atenciones y el cumplimiento de los procesos institucionales y contractuales			
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° 1083136119	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/30	\$ 124.021	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/30	\$ 158.747	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/30	\$ 24.169	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 306.937	

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, 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



LAURA ELIZABETH SIERA SANABRIA

PS_4071_2026_42114F

LAURA ELIZABETH SIERA SANABRIA

CC: 1057605838

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_4071_2026_42114F

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO URBANO

Avanzar al contrato

UTC -5 15:48:57

LAURA ELIZABETH S.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Tr a

Inicio

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

Documentos del Proveedor

5

Documentos del contrato

6

7

8

9

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SI

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☒	4071_CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4071_CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

PAGADO 30/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA ELIZABETH SIERRA SANABRIA		
Documento	CC1057605838	Dirección	CR 82G #59 - 62
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3133651058
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	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días COT	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 1057605838	LAURA ELIZABETH SIERRA SANABRIA	59	00	X																0	16	16	16	16	(230201) PROTECCION	\$ 933.816	\$ 149.500	(EPS017) FAMILANAR EPS	\$ 933.816	\$ 116.800	2.436	\$ 933.816	\$ 22.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 933.816	\$ 5.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.800

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
\$ 933.816	\$ 933.816	\$ 933.816	\$ 933.816	\$ 149.500	\$ 116.800	\$ 22.800	\$ 5.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.800	\$ 4.500	\$ 299.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!