

Fecha creación reporte:	2026-08-26, 08:34:58 PM	Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	Número Planilla:	1084334508
Período Cotización:	julio de 2026	Período Servicio:	julio de 2026		

PAGADO 11/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

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	P	TAE	TDE	TAF	COR	VSP	SIN	LMA	VAC	AVP	RCP	Dias FPP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Administradora	IBC Pension	Aporte Pension	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 OJIENTES BARRETO	57	00														0 (30/30/30)	0	(230301)	PORVENIR	\$ 2.402.000	\$ 384.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 2.402.000	\$ 300.300	2.438	\$ 2.402.000	\$ 98.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 143.300

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	\$ 4,700	\$ 748,000

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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	Nº CUENTA:	074131624
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº 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 2026/07/01 AL 2026/07/31				
<div><div>DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO PS_4052_2026_CA514E</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO CC: 1022378903 CEL: 3103196433</div>					

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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 4052 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/05/12

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$4.000.037No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$15.587.102VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$6.000.056

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRES (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	1 APROPIACIÓN NORMATIVA: DOMINAR LAS RESOLUCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	2 CAPACITACIÓN OBLIGATORIA: ASISTIR DE FORMA INDELEGABLE A TALLERES DE APLICATIVOS.
3	3 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA: REGISTRAR FAMILIAS ASIGNADAS CUMPLIENDO METAS DEL MODELO.
4	4 EJECUCIÓN DE TAMIZAJES: APLICAR APGAR, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, FINDRISC Y EPOC.
5	5 VALORACIÓN Y PRIORIZACIÓN: IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y PROGRAMAR SEGUIMIENTOS PRIORITARIOS
6	6 CONTROL DE SERVICIOS: VERIFICAR EL USO DE ATENCIONES SEGÚN CURSO DE VIDA.
7	7 PROGRAMACIÓN DE VISITAS: AGENDAR ATENCIONES PRESENCIALES O TELEFÓNICAS SEGÚN CLASIFICACIÓN FAMILIAR.
8	8 REVISIÓN DE VACUNACIÓN: VERIFICAR ESQUEMAS EN PAI WEB 2.0 Y REPORTAR FALLAS.
9	9 GESTIÓN DE ASEGURAMIENTO: IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN EPS Y TRAMITAR SU AFILIACIÓN.
10	10 REGISTRO OPORTUNO: DILIGENCIAR PLATAFORMAS (GTAPS, DINÁMICA) EN LAS PRIMERAS 24 HORAS.11 NOTIFICACIÓN DE EVENTOS: REPORTAR CASOS DE SALUD PÚBLICA EN SIVIGILA PRIORITARIAMENTE.
11	11 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS: ACTIVAR LÍNEA 123 Y REGISTRAR EVOLUCIÓN HORA A HORA.
12	12 PARTICIPACIÓN EN COMITÉS: ASISTIR OBLIGATORIAMENTE A REUNIONES DE SEGUIMIENTO Y AUDITORÍAS.
13	13 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS: GESTIONAR SECOP, CUENTAS DE COBRO Y SEGURIDAD SOCIAL PUNTUALMENTE.
14	14 CUIDADO DE BIENES: CUSTODIAR EQUIPOS BIOMÉDICOS Y MANTENER CONTRASEÑAS BAJO ESTRICTA RESERVA.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1083573575	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2026/07/10	\$ 300.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	\$ 384.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 58.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 743.300
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	<div><div>DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO</div><div>PS_4052_2026_CA514E</div><div>DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO</div><div>CC: 1022378903</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</div><div>PS_4052_2026_CA514E</div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		