PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-15, 09:35:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084429559

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824314360

PAGADO 15/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ		
Documento	CC1115852900	**Dirección**	CL 143A #128 - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114682885
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	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 1115852900	DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 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, 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	$ 5.500	$ 547.300

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ**			**CC:**	**1115852900**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DIANA.CRISTiano.GOMEZ3@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3114682885**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 143A 128 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421125557**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4389 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.500.008**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/25**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ

PS_4389_2026_F98F15

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ

CC: 1115852900

CEL: 3114682885

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ			
	CON C.C N°	**1.115.852.900**	
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 4389 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/25**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.000.010	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.500.018	**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	Se realizó la apropiación conceptual, técnica y operativa de la Resolución 711 del 24 de abril de 2025, la Resolución 3280 de 2018, el Lineamiento Técnico-Operativo de Equipos Básicos de Salud y demás disposiciones normativas aplicables, con el fin de orientar el desarrollo de las actividades en el marco del Modelo Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud en el territorio asignado de la localidad de San Cristóbal, barrio La Belleza.
2	Se participó de manera activa en las capacitaciones y espacios de formación relacionados con el manejo y uso de los aplicativos institucionales requeridos para el registro de las intervenciones, incluyendo GTAPS, Dinámica Gerencial, PAI WEB 2.0 y demás sistemas definidos por la Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Subred.
3	Se realizó la caracterización sociodemográfica de los usuarios y familias asignadas en el territorio del barrio La Belleza, localidad de San Cristóbal, mediante visitas y acercamientos a la comunidad, recolectando y actualizando información relacionada con las condiciones individuales, familiares y sociales, en cumplimiento de las metas establecidas y bajo el enfoque del Modelo Preventivo y Predictivo y la Atención Primaria en Salud.
4	Durante el proceso de caracterización en el barrio La Belleza se ejecutaron los tamizajes e instrumentos definidos en los lineamientos técnicos, de acuerdo con las características y condiciones de los usuarios intervenidos, incluyendo la aplicación de APGAR familiar, toma de medidas antropométricas, FINDRISC, cuestionario de riesgo de EPOC y diligenciamiento de los respectivos formatos y soportes requeridos.
5	Se realizó la valoración integral de los usuarios atendidos durante las intervenciones desarrolladas en el territorio del barrio La Belleza, identificando riesgos individuales, familiares y sociales y efectuando la orientación, derivación o direccionamiento correspondiente según las necesidades identificadas, el curso de vida y la condición de salud. Asimismo, se identificó población priorizada para gestionar las acciones de seguimiento y atención integral requeridas.
6	Se verificó la frecuencia de uso de los servicios de salud por parte de los usuarios intervenidos en el barrio La Belleza, revisando las atenciones recibidas y las necesidades pendientes de acuerdo con su curso de vida y condición de salud, con el propósito de identificar el tipo de atención o intervención requerida conforme a los lineamientos técnicos vigentes.
7	Se apoyó la programación, realización y registro de las atenciones en salud de las familias intervenidas en el barrio La Belleza, de acuerdo con la clasificación y tipo de familia, la condición de salud de los usuarios y la periodicidad definida en los lineamientos técnicos, realizando las acciones en modalidad presencial o telefónica según correspondiera.
8	Se identificaron usuarios pertenecientes a población priorizada en el territorio del barrio La Belleza, incluyendo gestantes, menores de cinco años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas con discapacidad o dependencia y cuidadores, gestionando la programación de visitas de seguimiento y las acciones necesarias para favorecer la atención integral por parte del equipo de salud.
9	Se identificaron en el territorio del barrio La Belleza usuarios que presentaban necesidades relacionadas con el aseguramiento en salud y se realizó la orientación y remisión de la información al equipo competente para adelantar las acciones correspondientes, incluyendo los casos que cumplieran criterios para procesos de afiliación.
10	Se realizaron contactos telefónicos con usuarios y/o cuidadores del barrio La Belleza con el fin de verificar y actualizar datos de ubicación y contacto, así como informar y confirmar la programación de las atenciones domiciliarias.
11	Se garantizó el diligenciamiento, actualización y organización de los aplicativos, formatos físicos y magnéticos requeridos durante el desarrollo de las actividades en la localidad de San Cristóbal, procurando la calidad, veracidad, completitud y oportunidad de la información y realizando los registros dentro de los tiempos establecidos por la entidad.
12	Se identificaron riesgos en salud y/o situaciones sociales durante las intervenciones realizadas en el barrio La Belleza y, cuando correspondió, se efectuó el diligenciamiento y gestión del formato de canalización SIRC, garantizando el registro oportuno, completo y con calidad de la información para el respectivo seguimiento y direccionamiento.

13	Se verificó que los usuarios intervenidos en el barrio La Belleza contaran con las atenciones correspondientes de acuerdo con su curso de vida y condición de salud y, en los casos en que se identificaron atenciones pendientes, se realizó la orientación, orden, canalización o direccionamiento correspondiente conforme a los lineamientos técnicos vigentes.
14	Se desarrollaron actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo con las necesidades identificadas en los usuarios y familias del barrio La Belleza, orientando sobre prácticas de autocuidado, reconocimiento de riesgos, prevención de enfermedades y acceso oportuno a los servicios de salud.
15	Durante las actividades desarrolladas en el barrio La Belleza se mantuvo la disposición para atender y activar las rutas institucionales y de emergencia correspondientes ante cualquier situación que comprometiera la salud o vida de los usuarios, realizando el acompañamiento, articulación y registro requerido conforme a los protocolos establecidos

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084429462	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/15	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/15	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/15	$ 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 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	*DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ* *PS_4389_2026_F98F15* **DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ** **CC: 1115852900**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4389_2026_F98F15* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**