	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: A- GFI-CB-F-05
	GESTIÓN FINANCIERA	Versión: 0
	FORMATO RADICACION DE CUENTAS O FACTURA DE COBRO CONTRATISTAS	Fecha: 18/08/2026

Fecha de Solicitud: 24 DE OCTUBRE DE 2026

FECHA DE RADICADO:	24-10-2026
HORA DE RADICADO:	3:33 pm
CÓDIGO RADICADO:	202623349
NÚMERO DE FOLIOS:	
ANEXOS: USB ☐ CD ☐ DVD ☐	
QUIEN RECIBE:	Alba Sanchez
QUIEN ENTREGO	Catalina Gomez

Señora
(MARTHA PATRICIA ACERO)
Cargo
Ciudad

ASUNTO: RADICACIÓN DE CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 24 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE OCTUBRE DE 2026.

Cordial Saludo,

Por medio del presente, me permito radicar la cuenta de cobro / factura, correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. (81) de fecha 24 DE SEPTIEMBRE DE 2026, cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ ".**

Lo anterior, para efectos del trámite de revisión, aprobación de supervisor y/o apoyo técnico a la supervisión y posterior pago, adjunto a la presente los siguientes soportes requeridos:

1. Cuenta de cobro formalmente diligenciada por valor de **$$14.896.000** en 1 folio,
2. Informe de ejecución de actividades del Contrato de Prestación de Servicios No. (81) junto con los documentos identificados cada uno con el número de obligación que soporta; que evidencian el cumplimiento de las actividades previstas en el contrato; En **5** folios.
3. Planilla de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y ARL) Numero **96106533** y parafiscales (si aplica) correspondiente al periodo **OCTUBRE de 2026** ó certificación de estar al día en el pago de SS! (emitida por el representante legal o revisor fiscal de la entidad si está obligado a tenerlo, junto con el certificado de antecedentes de contador vigente, copia de la cedula y tarjeta del revisor.)

Agradezco la atención prestada y quedo a su disposición para cualquier aclaración o requerimiento adicional.

Atentamente,

ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO
CC: 1057545502
Calidad: CONTRATISTA
Teléfono de contacto: 3175128395
Correo electrónico: medicacarolinagomez@gmail.com

Anexos: Anexo lo anterior en **12** folios.

E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

CRiB	FORMATO	VERSION: 1
		CODIGO: F-GF-PR-012
CUENTA DE COBRO PERSONA NO OBLIGADA A FACTURAR		FECHA: 26/02/2021

CUENTA DE COBRO EXPEDIDA POR PERSONAS NO OBLIGADAS A FACTURAR
(Soporte de Operación Económica realizada con Persona No Obligada a Facturar)
(Decreto 1950 de 2012, Decreto 522 de 2003, Decreto 1625 de 2016, Decreto 2105 de 2016 Decreto 359 de 2020 y sus adiciones y/o modificaciones)

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ, IDENTIFICADA CON NIT. 891.800.982-3

(Adquirente de los bienes comprados y/o servicios ofrecidos)

DEBE A: (Datos de la Persona Natural beneficiaria del pago o abono)

Apellidos y Nombres Completos: ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO

Identificación: 1.057.545.502 **Expedida en:** Soatá **Teléfono de Contacto:** 3175128395
Dirección: calle 24 # 6b-64 **Correo Electrónico:** medicacarolinagomez@gmail.com **Mes de Prestación del Servicio:** 24 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE OCTUBRE DE 2026. **RUT No** 1057545502 **DV** 3

Por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ

Contrato No: 081 DE 2026, **Informe de Actividades del** 24 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE OCTUBRE DE 2026**Folios del Informe:** 1

Planilla de Seguridad Social Número: 96106533 **Mes de:** OCTUBRE **Fecha de pago:** 20 DE OCTUBRE DE 2026

Valor (En Pesos): $14.896.000 **Valor (En Letras):** CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS
Pago en Banco: BANCOLOMBIA **Cuenta: AHO (x) CTE ( ) No** 54594883601

Como trabajador independiente por medio del presente documento y bajo la gravedad de juramento certifico para efectos legales que acredito el cumplimiento de las siguientes condiciones para efectos de poder aplicar los procedimientos y tarifas de retención en la fuente, especialmente lo dispuesto en el Estatuto Tributario, la Ley 1943 de 2018, la Ley 2010 de 2019, el Decreto 522 de 2003, el Decreto 1950 de 2012, el Decreto 2460 de 2013, el Decreto Único Reglamentario No 1625 de 2016, el Decreto 359 de 2020, y demas disposiciones legales y reglamentarias vigentes:

1. Manifiesto que me comprometo a allegar ante la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, con ocasión de la primera prestación de servicios de cada año gravable copia del documento en que consta mi inscripcion en el RUT, cuando de conformidad con lo previsto en el Decreto 2460 de 2013.
2. Certifico y manifiesto bajo la gravedad del juramento como trabajador independiente, que cuando en el curso del año gravable deje de cumplir alguna de las condiciones previstas en el Estatuto Tributario informare por escrito y de manera inmediata a la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá y anexare copia del documento en que conste la actualización en el RUT con el fin de que sean tenidos en cuenta para efectos del siguiente pago o abono en cuenta.
3. Manifiesto que a la fecha me encuentro a Paz y Salvo con el cumplimiento de mis obligaciones relacionadas con el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, los aportes obligatorios a los fondos de pensiones y los aportes a las administradoras de riesgos laborales (ARL).
4. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que me acojo y cumplo con los requisitos establecidos en el articulo 1 del Decreto No 359 de 2020 que establece: (...) "6. Los Ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales percibidos por las personas naturales tendrán el siguiente tratamiento: 6.1. A los ingresos provenientes de honorarios percibidos por las naturales cuando hayan contratado o vinculado menos de dos (2) trabajadores o contratistas asociados a la actividad, por un termino inferior a noventa (90) dias continuos o discontinuos, les sera aplicable lo previsto en el numeral 10 del articulo 206 del Estatuto Tributario. (...)."SI_X__ NO ___
5. Solicito aplicación del Art. 387 del E.T. "Deducciones que se restarán de la base de retención" de (Marque con una X a los que aplique):
a) Dependientes Económicos (Anexar certificado) ____
b) Pago de Intereses de vivienda (Anexar certificado) ____
c) Pagos por medina Prepagada (Anexar certificado) ____, y anexo (____) folios.
6. De manera expresa autorizo a la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitacion Integral de Boyacá para que haga uso de mis datos personales, incluidos los sensibles, y de ser necesario, comparta, transmita, entregue, transfiera y/o divulgue estos datos para fines estadisticos, de control, supervisión, en cumplimiento de los terminos previstos por la Ley 1581 del 2012.
7. Por el año gravable anterior, conforme lo dispone el inciso 3 del articulo 592 del Estatuto Tributario, soy una persona natural que SI _X__ NO ___ quedo obligada a presentar declaración del impuesto de renta en Colombia.

En constancia de lo anterior, se expide en la ciudad de Tunja (Boyacá), a los 24 dias del mes de OCTUBRE de 2026.

Firma del Beneficiario del Pago
Identificación: 1.057.545.502
Quien Entrega

Firma de Quien Recibe
Identificación:
Fecha de Recibido:

CRIB	**FORMATO**	**VERSION:** 5
		CODIGO: F-GF-PR-001
	"INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA"	**FECHA:** 29/01/2021

FECHA	**24 DE OCTUBRE DE 2026**				
CONTRATISTA:	**ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO**				
NUMERO DE CONTRATO:	**81 DE 2026**	**FECHA INICIO DE CONTRATO**	**24 DE SEPTIEMBRE 2026**	**FECHA TERMINACION DEL CONTRATO No. 81**	**31 DE DICIEMBRE DE 2026**
CDP N°	**319**		**RP N°**	**339**	
MES DE ACTIVIDADES REPORTADAS	**DEL 24 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE OCTUBRE DE 2026**	**PAGO N°:**	**1**	**NUMERO DE HORAS LABORADAS:**	**152**
VALOR A PAGAR:	**CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($14.896.000)**				

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ**

REPORTE DEL CONTRATISTA

	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS (NOMBRE Y UBICACIÓN)
1	Garantizar que el desarrollo del objeto contractual se realice de conformidad con lo estipulado en el presente contrato, propuesta y portafolio de servicios que la entidad ofrece.	Se Cumple con lo estipulado en el contrato, la propuesta realizada y los servicios. "Se realiza de manera presencial ingreso de los pacientes a la unidad, valoración diaria de los pacientes hospitalizados en **unidad de internación mujeres C** durante los días hábiles del 24/09/2026 al 24/10/2026 cumpliendo 152 horas"	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
2	Realizar atención médica en psiquiatría en los diferentes servicios que se requiera, según programación establecida.	Se realizó la atención medica en la unidad de mujeres C según lo estipulado en el contrato, la propuesta realizada y los servicios. "Se realiza de manera presencial ingreso de los pacientes a la unidad, valoración diaria de los pacientes hospitalizados en **unidad de internación mujeres C** durante los días hábiles del 24/09/2026 al 24/10/2026 cumpliendo 152 horas "	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
3	Realizar los procesos asistenciales de especialista en psiquiatría, en especial, actividades de cuidado, atención, recuperación y rehabilitación de la salud, siguiendo los postulados de la *lex artis* y asegurando el cumplimiento de los lineamientos de bioética médica.	Se realizaron los procesos asistenciales de especialista en psiquiatría, en especial, actividades de cuidado, atención, recuperación y rehabilitación de la salud, siguiendo los postulados de la *lex artis* y asegurando el cumplimiento de los lineamientos de bioética médica de acuerdo con lo estipulado en el contrato, la propuesta realizada y los servicios. "Se realiza de manera presencial ingreso de los pacientes a la unidad, valoración diaria de los pacientes hospitalizados en unidad en **unidad de internación mujeres C** durante los días hábiles del 24/09/2026 al 24/10/2026 cumpliendo 152 horas "	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
4	Realizar las valoraciones de los pacientes, que se requieran tanto en las diferentes unidades de pacientes, según las programaciones previamente acordadas con el supervisor del	Se realizó las valoraciones de los pacientes, que se requieran tanto en las diferentes unidades de pacientes, según las programaciones previamente acordadas con el supervisor del contrato, como para el ingreso y egreso de los pacientes al servicio acorde, a los procesos institucionalesde acuerdo con lo estipulado en el contrato, la propuesta realizada y los	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas

	contrato, como para el ingreso y egreso de los pacientes al servicio acorde, a los procesos institucionales.	servicios. "Se realiza de manera presencial ingreso de los pacientes a la unidad, valoración diaria de los pacientes hospitalizados en unidad en **unidad de internación mujeres C** durante los días hábiles del 24/09/2026 al 24/10/2026 cumpliendo 152 horas "	
5	Diligenciar el formato institucional de historia clínica de forma completa y atendiendo todos los componentes de esta acorde con lo definido y requerido por la normatividad vigente aplicable.	Se Diligencio el formato institucional de historia clinica de forma completa y atendiendo todos los componentes de esta acorde con lo definido y requerido por la normatividad vigente aplicable de conformidad con lo estipulado en el contrato, la propuesta realizada y los servicios. "Se realiza de manera presencial ingreso de los pacientes a la unidad, valoración diaria de los pacientes hospitalizados en **unidad de internación mujeres C** durante los días hábiles del 24/09/2026 al 24/10/2026 cumpliendo 152 horas " Se registra en historia clínica y en los formatos disponibles	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clinicas
6	Realizar la formulación acorde a los antecedentes farmacológicos de los pacientes con su respectiva conciliación medicamentosa, Realizar diligenciamiento de formatos Mipres, Realizar Formatos de medicamentos controlados y demás fórmulas medicas según aplique de manera correcta y oportuna.	Se realizo la formulación acorde a los antecedentes farmacológicos de los pacientes con su respectiva conciliación medicamentosa, los Formatos de medicamentos controlados y demás fórmulas medicas según aplique de manera correcta y oportuna según lo estipulado en el contrato, la propuesta realizada y los servicios. "Se realiza de manera presencial ingreso de los pacientes a la unidad, valoración diaria de los pacientes hospitalizados en unidad en **unidad de internación mujeres C** durante los días hábiles del 24/09/2026 al 24/10/2026 cumpliendo 152 horas " Se registra en historia clínica y las respectivas formulaciones	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clinicas
7	Realizar cuando se requiera, el diligenciamiento de consentimiento y disentimiento informado, y explicar al usuario de manera clara, amplia y suficiente previo a cualquier procedimiento y asegurar firma de este y del profesional.	Se realiza el respectivo diligenciamiento en los casos requeridos	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clinicas
8	Asistir a las revistas médicas y juntas médicas, que según programación se definan para cada una de las unidades de internación, si así se requiere.	Se realizaron todos los viernes en horas de la mañana revistas médicas con equipo interdisciplinario, a su vez, se realizan juntas medicas para enviar pacientes a unidades de larga permanencia en el momento requerido	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clinicas
9	Participar activamente en los comités institucionales, a los que sea invitado, realizando los informes pertinentes.	Se cumple en el momento requerido, en este mes no se me requirió para comité institucional.	
10	Aplicar los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina, garantizando el uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la ESE.	Se cumple con la normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina, garantizando el uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la ESE	
11	Notificar de manera inmediata los accidentes laborales y en general cumplir de manera estricta	Se aplican los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina, no se presenta accidentes o incidentes en el periodo	

Centro de Rehabilitación Infantil de Boyacá E.S.E.

	con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST institucional.		
12	Cumplir con el sistema y normatividad ambiental.	Se cumple actividad	
13	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Se cumple	
14	Reportar de manera activa y oportuna los sucesos asociados a la seguridad del paciente que identifique durante el turno o en el desarrollo de sus tareas	Se cumple en el momento requerido	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
15	Participar en las auditorias programadas, acatar y aplicar las recomendaciones generadas de hallazgos de los procesos objeto de evaluación.	Se cumple en el momento requerido	
16	Realizar vigilancia epidemiológica en todos aquellos eventos de seguimiento por salud pública y realizar las respectivas fichas de notificación de manera obligatoria, según los lineamientos establecidos para tal fin	Se cumple en el momento requerido	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
17	Informar de manera oportuna los cambios de manejo prescritos por este profesional al equipo interdisciplinar tratante.	Se informa con antelación a la supervisora del contrato, se cumple en el momento requerido	
18	Mantener absoluta Confidencialidad y reserva de toda la información relacionada con la entidad, procesos de atención, documentos y actividades.	Se cumple con actividad. Se maneja estricta Confidencialidad y reserva de toda la información	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
19	Usar adecuadamente las instalaciones y los bienes de la EMPRESA que para facilitar la prestación de su servicio le sean entregados en calidad de préstamo, avizorando que cualquier daño que cause deberá ser indemnizado por el contratista, de acuerdo con lo consignado en el articulo 2347 del Código Civil.	Se cumple	
20	El CONTRATISTA desarrollará los procesos en el lugar indicado por el contratante, con la frecuencia requerida previa disponibilidad, garantizando la continuidad y calidad de los mismos, avisando oportunamente a la entidad todas aquellas situaciones previsibles que puedan afectar el desarrollo contractual.	Se concerta con Subgerencia Científica	

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.

21	Presentar al comienzo de cada mes la disponibilidad de dias y horarios para el desarrollo de las actividades contratadas y No modificar las fechas u horarios sin la previa concertación con el supervisor del contrato.	Se cumple actividad, Se envia a supervisora de Contrato con antelación	Formato de programación especialistas
22	El CONTRATISTA, deberá observar en todo lugar, un trato respetuoso, cordial y amable para con las personas vinculadas de cualquier forma con la EMPRESA y en especial para con los usuarios del proceso de salud, observando los derechos fundamentales y los principios constitucionales, tales como la igualdad y dignidad de los seres humanos, el reconocimiento de la diversidad personal y cultural, el rechazo a todo tipo de discriminación, la libertad de ideas y creencias y demás contenidas en la Carta Política, especialmente los derechos consagrados en la Ley 1616 de 2013.	Se cumple	
23	El contratista deberá respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes, no inducir, recibir, solicitar, sugerir, constreñir o aceptar, directa o indirectamente, para sí o para un tercero y por el servicio aquí contratado, remuneración, dinero, utilidad, mesada de pago, dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato a celebrarse.	Se cumple con actividad de manera adecuada	
24	No se acepta ningún tipo de remuneración, dinero, utilidad, mesada de pago, dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato a celebrarse.	No se acepta ningún tipo de remuneración, dinero, utilidad, mesada de pago, dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato a celebrarse.	
25	Prestar los servicios teniendo en cuenta las guías de manejo, procedimientos y protocolos razonados en medicina basada en evidencia de La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá – CRIB.	Se tiene en cuenta los servicios teniendo en cuenta guías de manejo y protocolos razonados en medicina basada en evidencia de La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá – CRIB.	CRIB –Unidad de internación mujeres C– Ver Historias Clínicas
26	Responder oportunamente las Glosas y solicitudes de aclaración respecto a la facturación que genere la prestación de su servicio.	Se cumple cuanto la Auditora así lo ha requerido	

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.

27	En caso de ausencia o incapacidad el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato a fin de evitar la afectación del servicio. .	Se reporta con debido tiempo cualquier ausencia, incapacidad o permiso el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato a fin de evitar la afectación del servicio.	
28	Participar activamente en la realización y asistencia de las capacitaciones y actividades de educación programadas e informadas por el supervisor del contrato. Lo anterior en cumplimiento del artículo 1° de la Ley 1164 de 2007 y el art. 20 de la Ley 1616 de 2013.	Se cumple en el momento requerido	
29	Participar en la revisión, evaluación. actualización y complementación de los protocolos, guías de manejo y procedimientos, en que se requiera.	Se cumple en el momento requerido	
30	Las demás que se hagan necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual	Se cumple con aquellas actividades propias del contrato	
	Acreditar afiliación y pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales	**Adjunto pago de Planilla de seguridad social**	**Numero Planilla de Pago: 96106533**
	Acreditar afiliación y pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales **Acreditar su afiliación y pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales**	**Adjunto pago de Planilla de seguridad social** **Adjunto certificado de afiliación ARL**	**Fecha de Pago de planilla: 20 DE OCTUBRE DE 2026** **Certificación ARL:** **CC21012026A1057545502G2444417. POSITIVA ARL**

Firma: _____
Nombre: ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO
Fecha:24 DE OCTUBRE DE 2026
CONTRATISTA

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: M-GSH-F-49
	GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Versión: 0
		Fecha: 16/05/2025
	FORMATO OFERTA DE DISPONIBILIDAD AGENDA ESPECIALISTAS	Página 1 de 1

PROGRAMACIÓN DE AGENDA

NOMBRE: Aleyda Cardina Gonez Niño

ESPECIALIDAD: psiquiatrica

CORREO: medicacardinagarez@gmail.com TELEFONO: 3175128395.

MES: Octubre AÑO: 2026.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
SEMANA 1	DIA:	DIA:	DIA:	DIA: 01	DIA: 02	DIA: 03	DIA: 04
HORAS				8h	8h	—	—
SEMANA 2	DIA: 05	DIA: 06	DIA: 07	DIA: 08	DIA: 09	DIA: 10	DIA: 11
HORAS	8h	8h	8h	8h	8h	—	—
SEMANA 3	DIA: 12	DIA: 13	DIA: 14	DIA: 15	DIA: 16	DIA: 17	DIA: 18
HORAS	—	8h	8h	8h	8h	—	—
SEMANA 4	DIA: 19	DIA. 20	DIA: 21	DIA: 22	DIA: 23	DIA: 24	DIA: 25
HORAS	8h	8h	8h	8h	8h	—	—
SEMANA 5	DIA: 26	DIA: 27	DIA: 28	DIA: 29	DIA: 30	DIA: 31.	DIA:
HORAS	—	—	—	—	—	—	

INSTRUCCIONES: DILIGENCIE EL DIA SEGUN CORRESPONDA Y INDIQUE EL HORARIO DE ATENCIÓN DISPONIBLE

FIRMA

FECHA 18/09/26

HORAS PROYECTADAS 128

CONTRATO: 04.

SUPERVISORA DEL CONTRATO PATRICIA ACERO

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO**, identificada con **CC** número **1057545502**, aportó por **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO** identificado(a) con **CC** número **1057545502** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 10 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGT	RETEE	TDAP	TDAP	TVASP	VSSTT	SLGNE	LMAC	LVAP	AVCP	VTR	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59											0		30	$6,200,000	0.16000	$992,000	$0	$0	Octubre - 2026	96106533	20/10/2026	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59											0		30	$6,200,000	0.12500	$775,000	$0	$0	Octubre - 2026	96106533	20/10/2026	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59											0		30	$6,200,000	0.02436	$151,100	$0	$0	Octubre - 2026	96106533	20/10/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Octubre** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar, Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1057545502	ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO	carrera 2 # 47-92	3175128395	medicacarolinagomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		96106533	20/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-10	2026-10	I	$0	$1.918.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	775.000	0		0		0	0	0	0	775.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	992.000	0	0	0	0	0	0		992.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	151.100				151.100	0	0	151.100			0	151.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	775.000	775.000
Pensión	1	992.000	992.000
Riesgos Laborales	1	151.100	151.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.918.100	1.918.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1057545502	ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO		carrera 2 # 47-92	3175128395	medicacarolinagomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IBC
		96106533	20/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-10	2026-10	I	$0	$1.918.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Nuevo	Extranjero	Cotiz. validar	Cotizante	IGE	IRET	ITDE	LMA	ITDP	SLN	IGE	IRP	RLM	SUS	LMA	VSO	ATEP	VCT	AL	CORRESPONDE	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1057545502	GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA	59	0			N																	25-14	6.200.000	30	992.000	0	0	0	0	EPS017	6.200.000	30	275.000	14-23	6.200.000	30	0	151.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



Inicio / Consulta Pago de Aportes

Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1067545502

Número de planilla*
96106533

Valor Planilla*
1918100

Periodo de pago salud*

Mes*
Octubre

Año*
2026

Fecha de pago de la planilla*
10/20/2026

Regresar Consultar

Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Octubre - 2026
Pensión	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Octubre - 2026
Salud	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	Octubre - 2026

Redes de Pago

A Toda Hora

Fechas de Pago
Hoy 23 Octubre 2026 pagan:

94-99

Ver todas las fechas

Número de Contacto

Enlaces de Interés

Otros enlaces

Otros servicios ofrecidos

Redes sociales

En asociación con compensar

Confesalco Valle diagente

Certicámara

VIGILADO

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: A- GFI-CB-F-04
	GESTIÓN FINANCIERA	Versión: 0
	FORMATO DEPENDIENTES ECONÓMICOS- CONTRATISTAS Y EMPLEADOS	Fecha: 19/01/2026

Yo **ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1057545502 de SOATÁ, y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, declaro bajo la gravedad de juramento que los dependientes que tengo a mi cargo son:

1. Hijos menores de 25 años

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MATIAS FERNANDO GAMBOA GOMEZ	1050104176	HIJO

2. Hijos que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal o por la EPS a la cual se encuentra afiliado

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

3. Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT en la vigencia anterior, para lo cual aporto, además registro de civil de matrimonio o la manifestación de la convivencia, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal o por la EPS.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FERNANDO GAMBOA HAMON	80737186	CÓNYUGE

4. Padres y hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT en la vigencia anterior, para lo cual aporto,

además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal o la EPS.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge FERNANDO GAMBOA HAMON identificado con la C.C. No. 80737186 no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Manifiesto que (si) o (no) soy responsable de Declaración de Renta en la vigencia anterior,

La presente declaración se firma en Tunja, a los 23 días del mes de Octubre de 2026 con destino al CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA E.S.E CRIB.

Firma _____

C.C. 1057545502

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ	CÓDIGO: E-GJC-CO-F- 009
	GESTIÓN DE JURIDICA Y DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 5
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN	FECHA: 03/02/2026

INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO

En mi calidad de supervisor(a) del Contrato de No. 81 de 2026 No, suscrito entre la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ y ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.057.545.502 de Soata, suscribo el presente informe que contiene informe presentado por contratista en 11 folios como soporte del presente informe en relación con la ejecución parcial _X_ y/o final __, en los siguientes términos.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
CONTRATO No.	81 DE 2026			
CDP N°	319			
REGISTRO N°	339			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ.			
FECHA DE INICIO CONTRATO	24 DE SEPTIEMBRE 2026			
ADICION N°	$ -	CDP N°		VALOR:
		REGISTRO N°		VALOR:
FECHA DE FINALIZACIÓN CONTRATO	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, EVENTUALIDAD QUE OCURRA PRIMERO			
PERÍODO SUPERVISADO	DEL 24 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE OCTUBRE DE 2026			
FECHA DE SUSCRIPCION DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	26 DE OCTUBRE DE 2026			
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($70.000.000), INCLUIDO IVA, E INCLUIDOS TODO LOS GASTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO			

3. CONTROL DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO VS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS

No DE ACTIVIDAD	OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS
1	Garantizar que el desarrollo del objeto contractual se realice de conformidad con lo estipulado en el presente contrato, propuesta y portafolio de servicios que la entidad ofrece.	Durante el periodo supervisado, la contratista prestó atención a pacientes en la especialidad de Psiquiatría, cumpliendo un total **de 152 horas de** actividades asistenciales presenciales en el área de hospitalización. En el desarrollo de estas actividades realizó la valoración de ingreso de los pacientes, la atención y seguimiento de los pacientes hospitalizados en la Unidad de internacion Mujeres C, así como la evolución clínica de los pacientes agudos durante la ejecución del contrato en el mes correspondiente.Las atenciones fueron registradas de manera oportuna en la historia clínica electrónica institucional, garantizando la continuidad del tratamiento, la trazabilidad de la información clínica y el cumplimiento de los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.
2	Realizar atención médica en psiquiatría en los diferentes servicios (hospitalización, consulta externa, urgencias y otros) que se requiera, según programación establecida.	Durante el periodo supervisado, la contratista prestó atención a pacientes en la especialidad de Psiquiatría, cumpliendo un total **de 152 horas** de actividades asistenciales presenciales en el área de hospitalización. En el desarrollo de estas actividades realizó la valoración de ingreso de los pacientes, la atención y seguimiento de los pacientes hospitalizados en la Unidad de internacion Mujeres C, así como la evolución clínica de los pacientes agudos durante la ejecución del contrato en el mes correspondiente.Las atenciones fueron registradas de manera oportuna en la historia clínica electrónica institucional, garantizando la continuidad del tratamiento, la trazabilidad de la información clínica y el cumplimiento de los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.
3	Realizar los procesos asistenciales de especialista en psiquiatría, en especial actividades de cuidado, atención, recuperación y rehabilitación de la salud, siguiendo los postulados de la lex artis y asegurando el cumplimiento de los lineamientos de bioética médica.	La contratista realizó la atención especializada en Psiquiatría,con un total de 152 horas, registrando de manera completa, clara y oportuna la anamnesis, el examen mental, la impresión diagnóstica, el plan de manejo, las indicaciones médicas y la evolución clínica de los pacientes atendidos. Toda la información quedó debidamente consignada en el software institucional CNT, garantizando la integridad. trazabilidad y calidad de los registros clínicos, en cumplimiento de los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.

4	Realizar las valoraciones de los pacientes, en las diferentes unidades de pacientes de internación psiquiátrica aguda y crónicos, según las programaciones acordadas con el supervisor del contrato.	La contratista realizó atención especializada, con un total de **152 horas,** en psiquiatría dejandola consignada su anamnesis, manejos e indicaciones en el software institucional CNT.
5	Diligenciar el formato institucional de historia clínica de forma completa y atendiendo todos los componentes de esta acorde con lo definido y requerido por la normatividad vigente aplicable.	Realizó atención especializada en psiquiatría, con un total de 152 horas, dejandola consignada su anamnesis, manejos e indicaciones en las atenciones las cuales fueron registradas de manera oportuna en la historia clínica electrónica institucional, garantizando la continuidad del tratamiento, la trazabilidad de la información clínica y el cumplimiento de los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.
6	Realizar la formulación acorde a los antecedentes farmacológicos de los pacientes con su respectiva conciliación medicamentosa, Realizar diligenciamiento de formatos Mipres, Realizar Formatos de medicamentos controlados y demás fórmulas medicas según aplique de manera correcta y oportuna.	Se evidencia que la contratista dio cumplimiento a la actividad de manera efectiva, registrando de forma completa y oportuna las atenciones realizadas en las historias clínicas del software institucional de la entidad, las cuales constituyen el soporte de la prestación del servicio. Asimismo, cumplió con las 152 horas programadas para la atención asistencial en la Unidad de Internación de Mujeres c, garantizando la continuidad, oportunidad y calidad de la atención psiquiátrica brindada a las pacientes hospitalizadas, en cumplimiento de las obligaciones contractuales y los lineamientos institucionales.
7	Realizar cuando se requiera, el diligenciamiento de consentimiento y disentimiento informado, y explicar al usuario de manera clara, amplia y suficiente previo a cualquier procedimiento y asegurar firma de este y del profesional.	La contratista cumplió con la explicación y diligenciamiento de consentimiento informado en los casos requeridos.
8	Asistir a las revistas médicas y juntas médicas, que según programación se definan para cada una de las unidades de internación, si así se requiere.	La contratista asistió a revistas clínicas multidisciplinarias requeridas por parte de la entidad o supervision.
9	Participar activamente en los comités institucionales, a los que sea invitado, realizando los informes pertinentes.	La contratista asistió a comités y mesas de trabajo requeridad durante el mes supervisado, cumpliendo a cabalidad el objeto del contrato.
10	Aplicar los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina, garantizando el uso de elementos de protección personal acorde a los lineamientos vigentes a nivel nacional y las directrices propias de la ESE.	Cumplió con la normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.)
11	Notificar de manera inmediata los accidentes laborales y en general cumplir de manera estricta con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST institucional.	Se evidencia que la contratista aplica los principios y la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el desarrollo de cada una de las actividades objeto del contrato, dando cumplimiento a los lineamientos institucionales y a las disposiciones legales aplicables. Durante el período objeto de la presente supervisión no se reportaron incidentes ni accidentes de trabajo
12	Cumplir con el sistema y normatividad ambiental	Se evidencia que la contratista cumplió con la norma ambiental.
13	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	La contratista cumplió con el sistema obligatorio de garantía de calidad
14	Reportar de manera activa y oportuna los sucesos asociados a la seguridad del paciente que identifique durante el turno o en el desarrollo de sus tareas.	Se evidencia que la contratista dio cumplimiento a las actividades y requerimientos formulados por la entidad y por la supervisión del contrato, atendiendo de manera oportuna las solicitudes, observaciones e instrucciones impartidas, en concordancia con las obligaciones contractuales, los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.
15	Participar en las auditorias programadas, acatar y aplicar las recomendaciones generadas de hallazgos de los procesos objeto de evaluación.	Se evidencia que la contratista dio cumplimiento a las actividades y requerimientos formulados por la entidad y por la supervisión del contrato, atendiendo de manera oportuna las solicitudes, observaciones e instrucciones
16	Realizar vigilancia epidemiológica en todos aquellos eventos de seguimiento por salud pública y realizar las respectivas fichas de notificación de manera obligatoria, según los lineamientos establecidos para tal fin	Se evidencia que la contratista dio cumplimiento a las actividades y requerimientos formulados por la entidad y por la supervisión del contrato, atendiendo de manera oportuna las solicitudes, observaciones e instrucciones impartidas, en concordancia con las obligaciones contractuales, los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.
17	Informar de manera oportuna los cambios de manejo prescritos por este profesional al equipo interdisciplinar tratante.	Durante el período supervisado no se programó la revisión de guías de práctica clínica, por lo que esta actividad no fue ejecutada. En consecuencia, no se generaron productos o evidencias relacionadas con este componente durante el período objeto de seguimiento..
18	Mantener absoluta Confidencialidad y reserva de toda la información relacionada con la entidad, procesos de atención, documentos y actividades.	Se evidencia cumpliminto de la actividad por parte de la contratista

19	Usar adecuadamente las instalaciones y los bienes de la EMPRESA que para facilitar la prestación de su servicio le sean entregados en calidad de préstamo, avizorando que cualquier daño que cause deberá ser indemnizado por el contratista, de acuerdo con to consignado en el artículo 2347 del Código Civil.	La contratista hizo adecuado uso de las instalaciones y los bienes de la E.S.E. CRIB
20	El CONTRATISTA desarrollará los procesos en el lugar indicado por el contratante, con la frecuencia requerida previa disponibilidad, garantizando la continuidad y calidad de los mismos, avisando oportunamente a la entidad todas aquellas situaciones previsibles que puedan afectar el desarrollo contractual.	La contratista desarrollo los procesos en los lugares acordados con la Subgerencia Cientifica garantizando la continuidad y calidad de los mismos, avisando oportunamente las afectaciones presentadas en el desarrollo de las actividades.
21	Presentar al comienzo de cada mes la disponibilidad de dias y horarios para el desarrollo de las actividades contratadas y No modificar las fechas u horarios sin la previa concertación con el supervisor del contrato.	La contratista envió oportunamente al are de supervision la disponibilidad de dias y horarios para el desarrollo de las actividades contratadas.
22	El CONTRATISTA, deberá observar en todo lugar, un trato respetuoso, cordial y amable para con las personas vinculadas de cualquier forma con la EMPRESA y en especial para con los usuarios del proceso de salud, observando los derechos fundamentales y los principios constitucionales, tales como la igualdad y dignidad de los seres humanos, el reconocimiento de la diversidad personal y cultural, el rechazo a todo tipo de discriminación, la libertad de ideas y creencias y demás contenidas en la Carta Politica, especialmente los derechos consagrados en la Ley 1616 de 2013.	Se evidencia que el contratista dio cumplimiento a la actividad conforme a lo establecido en las obligaciones contractuales y a los lineamientos institucionales. Durante el período supervisado no se recibieron observaciones, novedades o requerimientos relacionados con su ejecución, evidenciando el adecuado desarrollo de la actividad.
23	El contratista deberá respecto de los usuarios, pacientes o acompañantes, no inducir, recibir, solicitar, sugerir, constreñir o aceptar. directa o indirectamente, para si o para un tercero y por el servicio aquí contratado, remuneración, dinero, utilidad, mesada de pago, dádiva o cualquier otro beneficio, distinto al pactado en el contrato a celebrarse.	la contratista cumplio a cabalidad con este item de las obligaciones contractuales.
24	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho debiendo informar inmediatamente a la E.S.E. contratante a través de la supervisión y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios	No se evidencia que haya existido alguna a peticiones o amenaza
25	Prestar los servicios teniendo en cuenta las gulas de manejo, procedimientos y protocolos razonados en medicina basada en evidencia de La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá - CRIB.	Se evidencia que la contratista desarrolla su práctica asistencial conforme a las guías de manejo, protocolos institucionales y lineamientos clínicos adoptados por la ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá (CRIB), fundamentando la atención en la medicina basada en la evidencia.
26	Responder oportunamente las Glosas y solicitudes de aclaración respecto a la facturación que genere la prestación de su servicio.	En la ejecucion del contrato en el mes de junio no se solicito en el período supervisado.
27	En caso de ausencia o incapacidad el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato a fin de evitar la afectación del servicio.	Se evidencia que la contratista informa de manera oportuna cualquier ausencia o solicitud de permiso y realiza los ajustes necesarios en la programación de sus actividades para evitar afectaciones en la continuidad, oportunidad y calidad de la prestación del servicio.
28	Participar activamente en la realización y asistencia de las capacitaciones y actividades de educación programadas e informadas por el supervisor del contrato. Lo anterior en cumplimiento del del artículo 1º de la Ley 1164 de 2007 y el art. 20 de la Ley 1616 de 2013.	La contratista participó en las reuniones de seguimiento al funcionamiento de las unidades de internación.
29	Participar en la revisión, evaluación, actualización y complementación de los protocolos, guías de manejo y procedimientos, en que se requiera.	La contratista cumplio según lo requerido en la actualizacion y complementacion de protocolos, guias y procedimientos en los que fueron requeridos por la entidad.
30	Las demás que se hagan necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual	la contratista dio cumplimiento a lo requerido por parte de la entidad o de supervision del contrato.

4. VERIFICACIÓN DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

VERIFICACIÓN DEL PAGO	RELACIÓN DE DOCUMENTOS SOPORTE Y VERIFICACIÓN EN LAS PLATAFORMAS DE PAGO DE PILA
Todo Contratista debe presentar los certificados de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral	La persona contratista anexó comprobantes de realización de pagos de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, los cuales fueron verificados en la plataforma MI PLANILLA, https://www.miplanilla.com/Registro/ConsultaPagoAportes/ConsultaPagoAportes ; Correspondiente al mes de Octubre 2026 , Pensiones: COLPENSIONES . EPS: FAMISANAR, ARL: POSITIVA . Se anexa planilla de pago número 96106533 con fecha de pago 20/10/2026

5. OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS DEL SUPERVISOR

Se evidencia cumplimiento a satisfacción por parte de la persona contratista. El presente contrato se suspende a partir del 24 de octubre de 2026 debido a la licencia de maternidad de la contratista, y se reanudará una vez finalizado dicho periodo de licencia

6. CALIFICACIÓN DEL CONTRATISTA (MARQUE CON UNA X CADA PARÁMETRO)				
PARÁMETROS DE	EXCELENTE	BUENO	DEFICIENTE	OBSERVACIONES ADICIONALES
Calidad		x		
Seriedad		x		
Cumplimiento de sus obligaciones		x		

7. CONTROL DE EJECUCIÓN Y BALANCE FINANCIERO		
CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor Inicial del Contrato	$ 70,000,000	
Valores reconocidos en el presente informe del 24 de Septiembre al 24 de Octubre de 2026		$ 14,896,000
Valores reconocidos acumulados de la ejecución		$ 14,896,000
Valores reconocidos incluyendo el presente pago		$ 14,896,000
Saldo pendiente de ejecución		$ 55,104,000
SUMAS IGUALES	$ 70,000,000	$ 70,000,000

8. CONTROL DE NÚMERO DE PAGOS CONVENIDOS			
NÚMERO DE PAGOS CONVENIDOS:	3	ESTE ES EL PAGO NÚMERO:	1

11. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
100%

12. FIRMA - DATOS COMPLETOS DEL SUPERVISOR O SUPERVISORES DEL CONTRATO

MARTHA PATRICIA ACERO SUPERVISORA

Retefuente para asalariados- Art. 385 ET

Vista Impresión

Retención aplicable para el año 2026

Procedimiento No. 1

Descargue otras Herramientas

Realice un aporte voluntario

Procedimiento No. 1

ONSULTOR CONTABLE.COM

CONSULTORCONTABLE
ALEYDA CAROLINAQ GOMEZ NIÑO
cc 1.057.545.502

Mes	Septiembre de 2026

VALOR UVT	
Año 2026	52,374

Visite www.consultorcontable.com y descargue la versión para el año actual

	Conceptos	Datos	Limites	Depuración	
1	**Total pagos laborales en el mes**				
	Sueldo	14,896,000		14,896,000	
	Auxilio de transporte			-	
	Comisiones			-	
	Horas extras	-		-	
	Recargos nocturnos y dominicales	-		-	
	Otros auxilios (movilidad, alimentación, etc.)	-		-	
	Bonificaciones	-		-	
	Viáticos	-		-	
	Exceso de las 41 UVT por pagos por concepto de alimentación (art 387-1 ET)	-		-	
	Incapacidades	-		-	
	Licencia de maternidad	-		-	
	Cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)				
	Intereses sobre cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)				
	Prima el cálculo se realiza de forma independiente.	-		-	
	Vacaciones	-		-	
	Primas extralegales	-		-	
	Otros ingresos laborales- Bonos, cheques electrónicos, pagos indirectos	-		-	
	Total Ingresos mes (No se incluye la prima)	**14,896,000**		**14,896,000**	
2	**Menos ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional**				
	Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	992,000	Sin límites	992,000	
	Fondo de Solidaridad Pensional	-	Sin límites	-	
	Aportes voluntarios a fondos de pensiones obligatorios (Régimen ahorro individual) (Art. 55 ET)	-	25 % del ingreso laboral y hasta 2.500 UVT	-	12
	Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	775,000	Sin límites	775,000	
	Total Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	**1,767,000**		**1,767,000**	
	Subtotal (A)			**13,129,000**	
3	**Menos deducciones**				
	Intereses por prestamos de vivienda (promedio año anterior o los meses correspondientes)	-	100 UVT promedio año anterior	-	
	Pagos por salud prepagada, Plan complementario de salud, o seguros de salud (art 387 ET)- Promedio del año anterior	-	16 UVT	-	
	Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET)	SI	Hasta 10% del total de ingresos brutos laborales y hasta 32 UVT	1,489,600	
	Total deducciones	-		**1,489,600**	
4	**Menos rentas exentas**				
	Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	(30%) del ingreso laboral o ingreso tributario del año, y hasta (3.800) UVT por año.	-	12
	Aportes con destino a cuentas AFC, AVC (art 126-4 ET)	-		-	
	Indemnizaciones por accidentes de trabajo o enfermedad (art 206 ET Num 1)	-		-	
	Indemnizaciones proteccion a la maternidad (art 206 ET Num 2)			-	
	Gastos de entierro del trabajador (art 206 ET Num 3)			-	
	Otras rentas exentas (Art. 206 ET)	-		-	
	Total renta exentas	-		-	
	Subtotal (B)			**11,639,400**	
	Valor de la prima de servicios			-	
	Subtotal (B)			**11,639,400**	Digite el valor acumulado de esta renta exenta de meses anteriores de este año. Celda E72
		Control renta exenta			
5	Menos renta exenta -25% del subtotal (B) (Numeral 10 art. 206 ET)		790 UVT anual	2,909,850	12
	LIMITE GENERAL DE RENTAS EXENTAS Y DEDUCCIONES 40% DEL INGRESO NETO Y HASTA 1.340 UVT		5,251,600	**4,399,450**	12
	Base Gravable (Ver Tabla)			**8,729,550**	Descargue la versión para el año actual
	Valor retención en la fuente Art. 383 ET			$ 768,000	5.16%
	Valor retención en la fuente a practicar por prima de servicios (art. 383 ET)			$ -	0.00%
	Total retenciones a practicar en el mes (Art. 383 ET)			$ 768,000	

	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ	CÓDIGO: E-GJC-CO-F- 32
	GESTIÓN DE JURIDICA Y DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 0
	FORMATO DE ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL	FECHA: 03/02/2026

ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL No.01			
CONTRATANTE:	**ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ**		
NIT :	**891,800,982-3**		
CONTRATISTA:	**ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO**		
NIT O CEDULA:	Cédula de ciudadanía No. 1.057.545.502 de Soatá		
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
No. DE CONTRATO:	81 DE 2026		
CDP N°:	319		
RP N°:	339		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ.		
VALOR:	SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($70.000.000), INCLUIDO IVA, E INCLUIDOS TODO LOS GASTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
PLAZO:	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, EVENTUALIDAD QUE OCURRA PRIMERO		
ADICION N°:	**CDP N°**		**VALOR:**
	RP N°		**VALOR:**
SUPERVISOR	**MARTHA PATRICIA ACERO**		
APOYO A LA SUPERVISION:	N/A		

A los 10 NOV 2026 se reunieron en la E.S.E. Centro de Rehabilitacion Integral de Boycá, la Doctora **DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ** como Contratante, Doctora ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO , como Contratista,y Dra.MARTHA PATRICIA ACERO , supervisora, quien presenta informe de supervisión y certificacion de ejecucion del mismo, con el fin de efectuar la presente liquidación parcial del contrato de prestación de servicios en referencia.

DESCRIPCION	VALOR CONTRATO Y ADICIONES	TOTAL PAGOS PARCIALES CANCELADOS	VALOR PAGO PRESENTE ACTA	SALDO
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 70,000,000	$ -		
PAGO UNO			$ 14,896,000	$ 55,104,000
SALDO	**$ 70,000,000**	**$ -**	**$ 14,896,000**	**$ 55,104,000**

SON: CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIS PESOS M/CTE

10 NOV 2026

DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
Gerente ESE CRIB
Contratante

ALEYDA CAROLINA GOMEZ NIÑO
C.C. 1.057.545.502 de Soatá
Contratista

MARTHA PATRICIA ACERO
SUPERVISORA

2026 11 05 13,978,406.00

GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA

TRECE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS MCTE **********

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA NIT. 891800982	COMPROBANTE DE EGRESO No. 2,979

Fecha : 05/noviembre/2026 **Pagado a :** 1057545502-3 GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA

La Suma de : TRECE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS MCTE ********** **Valor $** 13,978,406.00

Banco : 002 BANCO DAVIVIENDA
Cuenta : 01 176369999394 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONORARIOS MEDICOS
No. 7,702.00 **Fact** 081 **Valor Bruto** $14,896,000.00 **Valor Neto $** 13,978,406.00

Codigo	Descripcion	Valor
RIM	RETEICA ACT 8621 10*100	148,960.00
RIN	RETENCION FTE INDEPEDIENTES	768,634.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1003	1097	339	319	245020902	Servicios Personales Indirectos	14,896,000.00

Hora: 17:02 Usuario Imprime: BERTHACARO Usuario Responsable: BERTHACARO

ROCIO CARO
Aux Administrativo

GLENDA M RINCON B
Sub Gerente Admin y Fin

DIANA C DELGADO J
Gerente

ANGELA M GRANADOS R
Profesional Universitario

10 NOV 2026

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA NIT. 891800982	COMPROBANTE DE EGRESO No. 2,979

Fecha : 05/noviembre/2026 **Pagado a :** 1057545502-3 GOMEZ NIÑO ALEYDA CAROLINA

La Suma de : TRECE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS MCTE
****

Valor $ 13,978,406.00

Banco : 002 BANCO DAVIVIENDA
Cuenta : 01 176369999394 **Cheque :** PE

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005002	DAVIVIENDA 17636999939-4	0.00	13,978,406.00
249054001	HONORARIOS	13,978,406.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION SERVICIOS PROFESIO NALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUITRIA CONTRATO 081 DE 24 SEPTIEMBRE A 24 OCTUBRE DE 2026

Hora: 17:02 Usuario Imprime: BERTHACARO Usuario Responsable: BERTHACARO

ROCIO CARO Aux Administrativo	GLENDA M RINCON B Sub Gerente Admin y Fin	DIANA C DELGADO J	ANGELA M GRANADOS R Profesional Universitario