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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA**			**CC:**	**1030566690**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DCSUAREZS@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3113387902**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 87 49 09 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006900723021**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1034 2025**	**N° CDP:**	**1924**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA
PS_1034_2025_48391C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA
CC: 1030566690
CEL: 3113387902

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			
DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA			
	CON C.C N°	**1.030.566.690**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1034 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.148.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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-Realice auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.663.671.524, número de ítems trabajados 28771, numero de facturas trabajadas 927. Se realiza armado de carpetas con soportes para su respectiva respuesta y validación. 2-Realice revisión y análisis de la auditoria retrospectiva con el fondo financiero distrital, las inconsistencias generadas se realiza reporte vía mail a las diferentes áreas, donde se solicita concepto frente a las objeciones realizadas por la auditoria. En auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.663.671.524, número de ítems trabajados 28771, numero de facturas trabajadas 927. 3-Realice diligenciamiento de la matriz de tipificación y presunto responsable con el detalle de las aceptaciones y notas crédito realizadas, las cuales se entregan al profesional del área para consolidación en carpeta que contienen actas finales en formato pdf, planillas designadas para relacionar dicha información, archivos Excel de auditorías finales. 4-Realice las evidencias solicitadas en auditorias retrospectivas se envían según sean solicitadas, puesto que se la auditoria se realiza de manera diaria en conjunto y al finalizar realizan la solicitud de los mismos, se envían vía mail en drive, este proceso tiene copia al mail de la referente del área de cuentas médicas. 5-Realice, auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.663.671.524, número de ítems trabajados 28771, numero de facturas trabajadas 927. 6-La auditoría retrospectiva , proceso realizado con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) no se encuentra registrado en el sistema dinámica gerencial teniendo en cuenta que no se notifica como glosa es una auditoria por lo tanto no aplica para cerrar o finalizar trámite en el aplicativo agilsalud , este proceso solo lo realizo con lo notificado por glosa inicial de las diferentes entidades y el cierre del proceso con el FFDS se realiza con la firma y legalización del acta. 7-En auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.663.671.524, número de ítems trabajados 28771, numero de facturas trabajadas 927. 8-En el corte establecido no se recibieron reiteraciones. Se trabaja en la respuesta de las auditorias retrospectivas del FFDS. 9-Realice diligenciamiento de la matriz de tipificación y presunto responsable con el detalle de las aceptaciones y notas crédito realizadas, las cuales se entregan al profesional del área para consolidación en carpeta que contienen actas finales en formato pdf, planillas designadas para relacionar dicha información, archivos Excel de auditorías finales. 10-Se entregan soportes e información solicitada para los informes o solicitudes de las diferentes áreas. 11-Realice archivo físico y magnético bajo las disposiciones de gestión documental de las entidades a mi cargo. 12-Se organiza y se guarda los archivos de acuerdo al lineamiento del área, dentro de las carpetas por entidades en medio magnético. 13-Asisto a reuniones programadas por el área de cuentas médicas, asisto a reuniones programadas por el grupo auditor del FFDS con ellos y las diferentes áreas.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88058731	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/11	$ 355.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/11	$ 455.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/11	$ 69.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 880.900

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	*DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA* *PS_1034_2025_48391C* **DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA** **CC: 1030566690**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ* *PS_1034_2025_48391C* **NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1034_2025_48391C* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	1030566690	DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA	kra 87 # 49-09 sur	0000000	dcsuarezs@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	88058731	$880.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	355.900	0		0		0	0	0	0	355.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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	69.400				69.400	0	0	69.400			694	69.400	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	355.900	355.900
Pensión	1	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	69.400	69.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	880.900	880.900

PAGADA

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