

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
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						
N° DEL CONTRATO:	PS 1034 2025	N° CDP:	2508	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560					



DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA
PS_1034_2025_EF9152

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

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:	\$ 31.435.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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 \$ 2.416.126.405, número de ítems trabajados 36557, numero de facturas trabajadas 906. 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 \$ 2.416.126.405, número de ítems trabajados 36557, numero de facturas trabajadas 806. 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, gestión de glosa inicial a dos entidades: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1 -POLICIA NACIONAL 2 facturas, 2 ítem por valor \$791.200. 5-Realice, auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de \$ 2.416.126.405, número de ítems trabajados 36557, numero de facturas trabajadas 806. 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 \$ 2.416.126.405, número de ítems trabajados 36557, numero de facturas trabajadas 806. 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 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 89673469	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/10	\$ 355.900	
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/10	\$ 455.600	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/10	\$ 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	<div><i>DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA</i> <i>PS_1034_2025_EF9152</i></div> <div>DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA CC: 1030566690</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><i>NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ</i> <i>PS_1034_2025_EF9152</i></div> <div>NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> <i>PS_1034_2025_EF9152</i></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89673469	\$880.900
TOTAL A PAGAR					

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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89673469	\$880.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IDE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1030566690	SUAREZ SIERRA DORIS CAROLINA	59	0		N																		230201	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS002	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	3	69.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA