

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

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 1718 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.077.190
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28		



DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA
PS_1718_2026_ED76C9

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 DE APOYO A LA GESTION III 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 1718 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.764.640	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.764.640	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.077.190
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
-------------------------------	---------------------------

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)

ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1	<p>1. Realice auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de \$ 4,023,871,549, número de ítems trabajados 70490, numero de facturas trabajadas 1761. Se realiza armado de carpetas con soportes para su respectiva respuesta y validación.</p> <p>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 \$ 4,023,871,549, número de ítems trabajados 70490, numero de facturas trabajadas 1761.</p> <p>3. Realice, gestión de glosa inicial a dos entidades: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1 1 factura, 1 ítem por valor \$791.200 Y DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE 9 facturas, 9 ítems por un valor de \$ 4.851.976. Un valor total de \$ 5.618.776.</p> <p>4. Realice, auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de \$ 4,023,871,549, número de ítems trabajados 70490, numero de facturas trabajadas 1761.</p> <p>5. 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.</p> <p>6. -En auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de \$ 4,023,871,549, número de ítems trabajados 70490, numero de facturas trabajadas 1761.</p> <p>7. En el corte establecido no se recibieron reiteraciones. Se trabaja en la respuesta de las auditorias retrospectivas del FFDS.</p> <p>8. 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.</p> <p>9. Se entregan soportes e información solicitada para los informes o solicitudes de las diferentes áreas.</p> <p>10. Realice archivo físico y magnético bajo las disposiciones de gestión documental de las entidades a mi cargo.</p> <p>11. Se organiza y se guarda los archivos de acuerdo al lineamiento del área, dentro de las carpetas por entidades en medio magnético.</p> <p>12. 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.</p>

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 sus 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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 48716796	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/02/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/11	\$ 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	 <p><i>DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA</i> PS_1718_2026_ED76C9</p> <hr/> <p>DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA CC: 1030566690</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ</i> PS_1718_2026_ED76C9</p> <hr/> <p>NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1718_2026_ED76C9</p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

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.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	48716796	\$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	48716796	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA