

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SONIA PATRICIA MORA TOQUICA			CC:	52585711
CORREO ELECTRÓNICO:	SONIAPMORA0329@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3192526442
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 SUR 72L 40 TO 3 AP 101			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	466970100809
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1692 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.770.489	
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				
<div><div><div>SONIA PATRICIA MORA TOQUICA PS_1692_2026_927072</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SONIA PATRICIA MORA TOQUICA CC: 52585711 CEL: 3192526442</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SONIA PATRICIA MORA TOQUICA

CON C.C N° 52.585.711

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1692 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.492.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.492.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.770.489
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

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

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	Genere reporte semanal del detallado de facturación y ordenes de salidas del día inmediatamente anterior, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue consolidado en el DRIVE-el cual está en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com
2	Verifique que lo facturado cuente con las autorizaciones según los servicios prestados, y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinámica Gerencial-Requerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida
3	Reporte diariamente al área de facturación los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar los cuales fueron reportados al correo auditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co
4	Verifique que se encuentren los soportes administrativos de la revisión de las bases de datos (DNP, ADRES, COMPROBADOR DE DERECHOS, LMA, COMPENSADOS VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB
5	Adjunte soportes de gestión de autorizaciones (Urgencias, Estancias y/o Procedimientos), de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalización y/o de programación de procedimientos ambulatorios en Dinámica Gerencial.
6	Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistencia (Autorizaciones), esto con el fin de que se subsanen por parte de las unidades
7	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.
8	Asistí a las capacitaciones y reuniones programadas por el área y/o las instituciones como FONDO FINANCIERO

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6001969439	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/02/11	\$ 219.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/11	\$ 281.500

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/11	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 544.300
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 ningún 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><div>SONIA PATRICIA MORA TOQUICA PS_1692_2026_927072</div><hr/>SONIA PATRICIA MORA TOQUICA CC: 52585711</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON PS_1692_2026_927072</div><hr/>YENI ROCIO AVILA RONDON SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1692_2026_927072</div><hr/>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52585711
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SONIA PATRICIA MORA TOQUICA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 40 SUR # 72 L 40 BLOQUE 3	TELÉFONO: 3192526
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6001969439	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 55323373

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 281.500
SUBTOTAL:			1	\$ 281.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 219.900
SUBTOTAL:			1	\$ 219.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 42.900
SUBTOTAL:			1	\$ 42.900

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 2.500
TOTAL PAGADO:	\$ 544.300