

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                          |                                  |                 |           |            |              |
|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR     |                 | CC:       | 53054877   |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | DIANITACORREDOR11_85@HOTMAIL.COM |                 | TELÉFONO: | 3202426565 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | KR 112C 73 19                    |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.            | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 457270131289 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 1727 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.328.120 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/02                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2026/05/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |  |              |



DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR  
PS\_1727\_2026\_7E5200

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR

CC: 53054877

CEL: 3202426565

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR**

CON C.C N°

**53.054.877**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 1727 2026</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2026/02/02</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |          |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 9.312.480 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>0</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|

|   |              |  |              |
|---|--------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 9.312.480 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 2.328.120 |
|---|--------------|--|--------------|

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

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

**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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)  |
|------|--|
| 1    | VERIFICACION DE COMPROBADORES DE LOS USUARIOS QUE ESTAN AFILIADOS ,SE VERIFICO SEGUIMIENTOS PARA GENERAR LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA A LOS USUARIOS QUE NO TIENEN COPAGO, SE BRINDO APOYO Y SE REALIZO PLAN DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO QUE NO HAYA SISTEMA,ASISTIR A CAPACITACIONES Y REUNIONES QUE PROGRAME EL SUPERVISOR. |

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                          |                |                      |                     |
|--------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b>  | N° 9504022231  | <b>OPERADOR:</b>     | APORTES EN LINEA    |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b> | <b>ENTIDAD</b> | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR PAGADO</b> |
| SALUD:                   | SALUD TOTAL    | 2026/05/12           | \$ 218.900          |
| PENSIÓN:                 | PROTECCION     | 2026/05/12           | \$ 280.200          |
| RIESGOS LABORALES:       | SURA           | 2026/05/12           | \$ 42.700           |
| OTRO                     |                |                      |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b>      |                |                      | <b>\$ 541.800</b>   |

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 ibr 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**



*DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR*

*PS\_1727\_2026\_7E5200*

**DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR**

**CC: 53054877**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YAMILE CANO HERRERA*

*PS\_1727\_2026\_7E5200*

**YAMILE CANO HERRERA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*

*PS\_1727\_2026\_7E5200*

**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                  |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion        | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53054877                   |    | SUAREZ CORREDOR DIANA MILENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 112 C #73 19 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 2319115  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2026-04                           | 2026-04 | 302091967 | 9504022231 | I        | 2026/05/21 | 2026/05/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$541,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                   |                |                       |              |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|--|----------------|-----------------------|--------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO   |                |                       | PENSION      |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.  | Identificación | Nombres               | Codigo       | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Días         | IBC | Aporte |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>          |                |                       |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                |                       |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)   |                |                       |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1  | CC             | 53054877              | SUAREZ DIANA | 230201 | 30          | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS002 | 30          | \$1,750,905 | \$218,900 | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,750,905 | \$42,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total</b>                                       |                | <b>Afiliados ( 1)</b> |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                  |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion        | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53054877                   |    | SUAREZ CORREDOR DIANA MILENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 112 C #73 19 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 2319115  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2026-04                           | 2026-04 | 302091967 | 9504022231 | I        | 2026/05/21 | 2026/05/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$541,800 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200         | \$0            | \$0                    | \$280,200        |  |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$280,200         | \$0            | \$0                    | \$280,200        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700          | \$0            | \$0                    | \$42,700         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700          | \$0            | \$0                    | \$42,700         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900         | \$0            | \$0                    | \$218,900        |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$218,900         | \$0            | \$0                    | \$218,900        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$541,800</b>  | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$541,800</b> |  |



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **[Ejecución del Contrato](#)**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción   | Nombre del archivo                                | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|---|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf           | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf                 | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 1727 2026 CRP -9885.pdf                                | 1 PS 1727 2026 CRP -9885.pdf                      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf (Archivado) | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL__2026.pdf.pdf            | PS 1727 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL__2026.pdf.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC   | TIPO AFILIACIÓN |
|---------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| CC                  | 53054877            | SUAREZ          | CORREDOR         | DIANA         | MILENA         | 2023-01                   | Salud Total | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 53054877            | SUAREZ          | CORREDOR         | DIANA         | MILENA         | 2026-03                   | Salud Total | COTIZANTE       |

## INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC   | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|-------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Salud Total | 03/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 123 Registros en 13 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.  
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo

## ADRES

## Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



## Sede

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16  
Centro Empresarial Elemento  
Código Postal 111071  
Bogotá, D.C.

## Atención presencial

## Piso 16

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.  
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

## Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.  
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

## Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60  
Línea gratuita nacional 01 8000 423 737  
Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.