

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
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:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				



DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR
PS_1727_2026_18020C

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.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1727 2026	FECHA INICIO CONTRATO
			2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.213.693	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)		
1	SE DESCARGO PLANTILLA DE LOS RESPECTIVOS USUARIOS EN DINAMICA NET,SE VERIFICO COMPROBADORES TALES COMO ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS Y CAPITAL SALUD ADICIONAL A ESTOS TAMBIEN LAS BASES DE SUBSIDIADOS Y CONTRIBUTIVOS PARA LOS GEOREFENCIADOS DE PYD Y SE REVISO Y SE VERIFICO QUE LOS RESPECTIVOS SERVICIOS PRESENTARON UNA FRECUENCIA DE USO Y QUE NO TENGAN COPAGOS,SE REALIZO EN SEGUIMIENTOS QUE LOS USUARIOS NO TENGAN EN EL MISMO MES LA MISMA CONSULTA,SE DESCARGO ADRES EN UNA CARPETA PARA EN UN FUTURO TENER PRUEBAS DE QUE EL USUARIO SI ES SUBSIDIADO,SE GENERO FACTURA ELECTRONICA DE VENTA EN DINAMICA WEB,SE CERRARON RESPECTIVOS INGRESOS Y CORRECCIONES ,SE BRINDO APOYO Y SE REALIZO PLAN DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO QUE NO HAYA SISTEMA,ASISTIO A CAPACITACIONES Y REUNIONES QUE PROGRAMO EL SUPERVISOR,SE REALIZO LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL OBJETO DEL CONTRATO ASIGNADO POR EL SUPERVISOR, SI TUVO ALGUNA AUSENCIA SE DESCONTARA DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFICARON EN EL MES CORRESPONDIENTE		
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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9507582917	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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_18020C

DIANA MILENA SUAREZ CORREDOR

CC: 53054877

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS

PS_1727_2026_18020C

YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_1727_2026_18020C

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 53054877		SUAREZ CORREDOR DIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 112 C #73 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202426565	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	561078380		9507582917	I	2026/08/21	2026/08/12	BANCO DAVIVIENDA	\$576,900

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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$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			\$1,750,905	\$35,100			\$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	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$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.	3202426565	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	561078380	9507582917	I	2026/08/21	2026/08/12	BANCO DAVIVIENDA	\$576,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0						\$0
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0						\$0
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0						\$0
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$576,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

FOR A PAGAR
\$280,200
\$280,200
\$42,700
\$42,700
\$35,100
\$35,100
\$218,900
\$218,900
\$576,900

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	2026-06	Salud Total	COTIZANTE
CC	53054877	SUAREZ	CORREDOR	DIANA	MILENA	2023-01	Salud Total	BENEFICIARI

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Salud Total	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...				126 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 anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar

Descargar