SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES**			**CC:**	**1007413418**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SUAREZDAHIAN@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014854090**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 26A 12B 31**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488411106625**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1895 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES
PS_1895_2026_5F6767

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES
CC: 1007413418
CEL: 3014854090

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES			
	CON C.C N°	**1.007.413.418**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 1895 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.430.084	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 elaboró el Informe de Facturación DIAN, con el propósito de realizar la conciliación mensual con el área de Contabilidad. 2.Se elaboró el Informe DAEPS, una vez se verificó que el Informe de Centros de Costos no presentara observaciones. La actividad se realizó mensualmente y su entrega se efectuó el último día hábil del mes siguiente. 3.Se elaboraron y presentaron los Informes para el Concejal, correspondientes a tres (3) informes que fueron entregados el último día hábil de cada mes. 4.Se elaboró el Informe de Ejecución Presupuestal, con corte al día 20 de cada mes, tomando como base la información obtenida de la conciliación de facturación y de las facturas radicadas a la fecha de corte. 5.Se elaboró y presentó el Informe FT025 al área de Desarrollo, de acuerdo con los requerimientos establecidos, efectuando su entrega dentro de los primeros diez (10) días de cada mes. 6.Se elaboró el Informe de Centros de Atención, mediante el cual se reportó mensualmente la información correspondiente a los valores facturados por cada centro de atención. 7.Se elaboró el Informe de Ingresos Abiertos, realizando la descarga de la información el último día de cada mes a las 11:59 p. m. y efectuando posteriormente la conciliación con el área de Contabilidad. 8.Se elaboró el Informe Semanal de Ingresos Abiertos, mediante el cual se realizó seguimiento a los ingresos que permanecieron abiertos para su respectiva gestión y cierre. El reporte se generó los días lunes de cada semana, excepto cuando se presentó día festivo. 9.Se elaboró el Informe de Factibilidad por Centros de Costos, realizando el análisis de la información correspondiente a cada centro de costos homologado con la SDS. 10.Se actualizó la Matriz de Fortalecimiento, realizando el seguimiento de la información requerida como insumo para la Junta Directiva. 11.Se elaboró el Informe de Radicación, tomando como referencia el mismo corte establecido para el Informe de Ejecución Presupuestal, y se presentó de manera mensual. 12.Se elaboró el Informe Semanal de Radicación, mediante el cual se realizó seguimiento a las entidades que presentaron menores niveles de radicación. 13.Se elaboró el Informe de Centros de Costos, realizando la revisión por plan de beneficios y centro de costos, validando los valores conciliados y verificando que en PGP no se registraran valores correspondientes a actividades intermedias. Asimismo, se realizó el prorrateo correspondiente tanto en PGP como en capitación. 14.Se elaboró el Informe de Ingresos sin Facturar, incluyendo las justificaciones suministradas por cada referente, con el propósito de realizar el respectivo seguimiento a los ingresos pendientes de facturación. La actividad se realizó semanalmente. 15.Se elaboró el Informe de Facturación, el primer día de cada mes, con el propósito de dar inicio al proceso de conciliación con el área de Contabilidad. El proceso de conciliación tuvo una duración aproximada de quince (15) días. 16.Se elaboraron las Facturas Globales, exceptuando las correspondientes a convenios asistenciales, cuya responsabilidad estuvo a cargo de otro funcionario, de acuerdo con las condiciones y requerimientos establecidos en cada convenio. 17.Se gestionaron los procesos de Anulación, brindando acompañamiento y realizando el seguimiento correspondiente cuando fueron requeridos. 18.Se elaboraron y presentaron los Reportes SIVICOF y SIHO, de acuerdo con los cronogramas y fechas establecidas, con una periodicidad trimestral. 19.Se atendieron los Requerimientos Adicionales, brindando apoyo en la elaboración de informes y respuestas a solicitudes de Revisoría Fiscal, Contraloría, Procuraduría y demás dependencias que requirieron información. 20.Se realizó el seguimiento a la Facturación Electrónica DIAN, efectuando diariamente el envío de las facturas que no habían sido transmitidas a la DIAN. Las facturas que permanecieron por más de un día sin transmisión fueron reportadas al referente correspondiente para su revisión, anulación y corrección, cuando fue necesario.

1	21.Se elaboraron las Diapositivas para la Junta Directiva, preparando y actualizando la información requerida para las presentaciones, de acuerdo con las solicitudes recibidas.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 94497085	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/10	$ 219.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 281.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 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 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	*DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES* *PS_1895_2026_5F6767* **DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES** **CC: 1007413418**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1895_2026_5F6767* **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_1895_2026_5F6767* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007413418	DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES	calle 26 a # 12b 31 sur	3668066	suarezdahian@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94497085	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$579.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	6	1.000	0	219.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	6	1.300	0	281.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	6	200	35.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	1	35.100	35.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	579.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007413418	DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES	calle 26 a # 12b 31 sur	3668066	suarezdahian@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94497085	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$579.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007413418	SUAREZ CHAVES DAYAN ANDREA	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Datos guardados

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		
☐	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1895 2026 CRP -9982.pdf	1 PS 1895 2026 CRP -9982.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1895 2026 CRP -16091.PDF	2 PS 1895 2026 CRP -16091.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf.pdf	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf (Archivado)	PS 1895 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1895 2026_CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1895 2026_CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1895 2026_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf.pdf	PS 1895 2026_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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	1007413418	SUAREZ	CHAVES	DAYAN	ANDREA	2026-07	Famisanar	COTIZANTE
CC	1007413418	SUAREZ	CHAVES	DAYAN	ANDREA	2021-11	Famisanar	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Famisanar	07/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 — 100 Registros en 10 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

ADRES Colombia (https://www.youtube.com/@adrescolombia6206)

Somos ADRES
ADRES Colombia

Ver en