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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA**	**CC:**	**80095442**
		RUT (NIT):	**80095442**
CORREO ELECTRÓNICO:	franciscomontoya19@hotmail.com	**TELÉFONO:**	**3125119169**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 36 A NO 62-26 APT 403**	**CIUDAD:**	**BOGOTA D.C.**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**205-10100-9**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS-1489-2025**	**Nº CDP:**	**2**	**Nº. RP:**	**6148**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14,926,500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**4,975,500** **Cuatro millones, novecientos setenta y cinco mil, quinientos pesos**					

FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA
C.C 80095442
cel: 3125119169

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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

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

FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**80.095.442**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS-1489-2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14.926.500**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TRES MESES 3**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14.926.500**		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.975.500**
Nº DE INFORME:	**2 DE 2**	**Nº CRP:**	**2**	**Nº CDP:**	**6148**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**TRES MESES 3**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ** **JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**		**PRORROGAS**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	**N/A**		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**		**FECHA DE APROBACIÓN:**		**N/A**

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Se gestionan las bases de datos para la consolidación de informes mensuales y trimestrales y garantizar la correcta gestión y organización del indicador de Satisfacción del usuario, se realiza socialización mensual de informes de satisfacción e insatisfacción del usuario a traves de correos electronicos y presentacion de datos a colaboradores de la Oficina, presentaciones trimestrales presenciales a referentes y lideres de Centros de Salud y Hospitales y cargue mensual en aplicativo ALMERA.
2	Se realiza muestreo de las bases mensuales, llamadas y análisis de los resultados para elaborar y presentar el informe trimestral de validacion de encuestas de satisfacción utilizando el formato de validacion de encuestas de satisfacción en los servicios MI-SP-FT-013. para la vigencia 2024 el riesgo sale de la matriz de riesgos de la Oficina debido a los ajustes realizados al proceso de encuestas de satisfacción del usuario, por lo tanto no se realizan informes.
3	Se trabaja articuladamente con las diferentes áreas de la Subredco para el cumplimiento al contrato con la EAPB capital salud en relación a los indicadores BETA (tasa y oportunidad) se realizan Planes de mejoramiento, actas de reunión, correos electronicos institucionales con reporte diario drive Beta y preventivo a lideres de procesos.
4	Se realiza seguimiento y tramitan oportunamente los requerimientos de solicitudes de cita remitidos por las EAPB, Personería y demás entes de control quedando evidencias en correo electronico institucional y Drives.
5	Se trabaja articuladamente con los profesionales de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano al Ciudadano de la Subred Centro Oriente con el fin de consolidar de manera oportuna y eficaz los requerimientos de asignación de citas de las diferentes unidades de la subred utilizando el Sistema de informacion institucional Dinamica Gerencial.
6	Se elabora informe de taller pedagogico presencial y virtual, Incumplimientos, citas mal asignadas y reporte de los canales de asignación de citas a traves del correo electronico institucional y grupos de whatsapp.
7	Se apoya y garantizan los procesos de capacitación al personal de la Oficina relacionados con la asignación de citas, con el fin de dar repuesta efectiva y oportuna a los ciudadanos con relación a su derecho a la salud, dejando evidencias en actas de reunion con listados de asistencia.
8	Se realiza seguimiento y articulación para la ejecución de actividades establecidas en los lineamientos de SDS y Entidades Estatales respecto a la gestión de la central de citas de la Subred Centro Oriente, quedan evidencias en actas de reunión con listados de asistencia a Contact Center, Capital Salud conciliaciones y reuniones virtuales.
9	Se recepcionan y contestan los correos electrónicos internos y externos allegados al enlace de citas médicas, dando respuesta oportuna a los mismos, verificacion de citas Asignadas por satelites hasta el dia viernes 6 de septiembre de 2024, fecha en que finalizo la estrategia de apoyo de satelites a las Subredes.
10	Se realiza reunion con lider de salud mental para informar la finalizacion de apoyo de satelites del Contact Center y por lo tanto la estrategia agendo tu cita para el servicio de psiquiatria queda en manos del area, hasta tanto se subsane la metodologia de asignacion de citas por parte de la Subred realizando actas de reunion con lider de proceso y colaboradores y utilizando el Sistema de Información Dinamica Gerencial y el Drive Psiquiatria.
11	Se realiza seguimiento al cumplimiento de actividades de los colaboradores que hacen parte del proceso a cargo a traves de la verificacion de la gestión de los Drives Beta y Preventivo, Sistema de Información Dinamica Gerencial, correos electronicos institucionales, Almera y aplicativos Si cuentanos Bogotá y llamada Voz IP.
12	Se asiste a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. como reunion mensual y capacitaciones firmando los listados de asistencia mensual y acta.
13	Se apoyan los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano como la gestión documental con capacitaciones sobre tablas de retencion documental, jornadas de apoyo a la gestion documental de la Oficina y contingencias del equipo de servicio al ciudadano.
14	Se garantiza la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales, informando a colaboradores sobre la importancia de datos sensibles.
15	Se cumple con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
16	Se porta visiblemente los elementos institucionales como carnet y chaqueta y se asiste con adecuada presentación personal dando cumplimiento a los Manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
17	Se cumplen con las demas obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**8634732659**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**16/01/2025**	**$ 249.300**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**16/01/2025**	**$ 319.100**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	**16/01/2025**	**$ 48.600**
OTRO	**COMPENSAR CCF**	**16/01/2025**	**$ 40.000**
TOTAL PAGADO			**$ 657.000**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA
80095442

C.C

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**80.095.442**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS-1489-2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**		**14.926.500,00**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14.926.500,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.975.500,00**		
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(2 de 2)**	**N° CRP INICIAL:**	**6148**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**2**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**TRES MESES 3**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**8634732659**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano satisfacción y enlaces**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° ( )**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		**N/A**

IV. 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 **(01/02/2025) AL (28/02/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ** **CARGO:JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** **PERFIL: TECNICA ADMINISTRATIVA II**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA
IDENTIFICACIÓN:	CC-80095442
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-11
FECHA DE PAGO:	2025-02-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	8634732659
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672861666
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.990.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 248.800	$ 248.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.990.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 318.500	$ 318.500
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 1.990.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.500	$ 48.500
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.990.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.900	$ 39.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 655.700	$ 655.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/03/2025