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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA**			**CC:**	**80095442**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FRANCISCOMONTOYA19@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125119169**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 36 A 62 26 APTO 403**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**205101009**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1489 2025**	**N° CDP:**	**778**	**N°. RP:**	**12048**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.975.500**					

FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA
PS_1489_2025_B4BFE4-2025-06-13 11:01:44

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA
CC: 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 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			
FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA			
CON C.C N°	**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**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.853.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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	1. GESTIONAR BASES DE DATOS PARA LA CONSOLIDACION DE INFORMES MENSUALES Y TRIMESTRALES Y GARANTIZAR LA CORRECTA GESTION Y ORGANIZACION DEL INDICADOR DE SATISFACCION DEL USUARIO.2.REALIZAR MUESTREO DE LAS BASES MENSUALES, LLAMADAS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS PARA ELABORAR Y PRESENTAR EL INFORME TRIMESTRAL DE VERIFICACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION.3. TRABAJAR ARTICULADAMENTE CON LAS DIFERENTES AREAS DE LA SUBREDCO PARA EL CUMPLIMIENTO AL CONTRATO CON LA EAPB CAPITAL SALUD EN RELACION A LOS INDICADORES BETA (TASA Y OPORTUNIDAD) 4. REALIZAR SEGUIMIENTO Y TRAMITAR OPORTUNAMENTE LOS REQUERIMIENTOS DE SOLICITUDES DE CITA REMITIDOS POR LAS EAPB, PERSONERIA Y DEMAS ENTES DE CONTROL5. TRABAJAR ARTICULADAMENTE CON LOS PROFESIONALES DE PARTICIPACION 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 ASIGNACION DE CITAS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED. 6. ELABORAR INFORME DE TALLER PEDAGOGICO PRESENCIAL Y VIRTUAL, INCUMPLIMIENTOS, CITAS MAL ASIGNADAS Y REPORTE DE LOS CANALES DE ASIGNACION DE CITAS.7. APOYAR Y GARANTIZAR LOS PROCESOS DE CAPACITACION AL PERSONAL DE LA OFICINA RELACIONADOS CON LA ASIGNACION DE CITAS, CON EL FIN DE DAR REPUESTA EFECTIVA Y OPORTUNA A LOS CIUDADANOS CON RELACION A SU DERECHO A LA SALUD. 8. REALIZAR SEGUIMIENTO Y ARTICULACION PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN LOS LINEAMIENTOS DE SDS Y ENTIDADES ESTATALES RESPECTO A LA GESTION DE LA CENTRAL DE CITAS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 9. SEGUIMIENTO A LA ASIGNACION DE CITAS POR PARTE DE LOS SATELITES, RECEPCIONAR Y CONTESTAR LOS CORREOS ELECTRONICOS INTERNOS Y EXTERNOS ALLEGADOS AL ENLACE DE CITAS MEDICAS, DANDO RESPUESTA OPORTUNA A LOS MISMOS. 10. GESTIONAR Y ARTICULAR CON EL AREA DE SALUD MENTAL PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA ESTRATEGIA AGENDO TU CITA CON EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA.11. REALIZAR SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS COLABORADORES QUE HACEN PARTE DEL PROCESO A CARGO. 12. ASISTIR A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.13. APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.14. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.15. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN 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. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACION 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. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL.

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8636433870	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/11	$ 248.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/11	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/11	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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 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	*FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA* *PS_1489_2025_B4BFE4-2025-06-13 11:01:44* **FRANCISCO ANDRES MONTOYA ANCHILA** **CC: 80095442**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1489_2025_B4BFE4-2025-06-15 12:40:28* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1489_2025_B4BFE4-2025-06-16 02:19:10* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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:	2025-06-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-11
FECHA DE PAGO:	2025-06-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	8636433870
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:	09/07/2025