ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1000685745
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-06-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-12
FECHA DE PAGO:	2025-06-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	8636402564
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8627463307
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPSC34	900298372	EPS-S CAPITAL	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 440.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/07/2025

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:	**EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA**			**CC:**	**1000685745**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LEEDWIN2001@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3197676669**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 74A 87C 64 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488439708873**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4192 2025**	**N° CDP:**	**759**	**N°. RP:**	**5792024**	**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	**$ 2.100.000**					

EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA
PS_4192_2025_17115B-2025-06-16 12:48:28

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA
CC: 1000685745
CEL: 3197676669

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			
EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA			
	CON C.C N°	**1.000.685.745**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 4192 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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	4Realice reporta a Trabajo Social, desde el Ingreso de pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguro
2	9Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato
3	1Realice Ingresos en el sistema de Información Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II
4	3Subi soportes de verificación de derechos en el sistema de Información Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos
5	5Registro en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACIÓN, de los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias
6	6Reales informes de solicitudes de afiliaion de oficio a los pacientes que aplican , según verificación de derecho
7	7Informe de solicitud de autorizaciones de las Bolestas y/o solicitud de servicios entregadas por los camiones y/o porfesionales
8	8Realice la entrega de Turno mediano el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y así dar continuidad a la consagración de las autorizaciones oportunamente
9	10No asisti a la capacitacion progarama por el aree de autorizaciones de (ADRES, ZONA SER Y FFD)
10	2verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, páginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apelidos, esto con el fin de realizar una correcta identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresdaos

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° 8636402564	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/06/11	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/06/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/06/11	$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA* *PS_4192_2025_17115B-2025-06-16 12:48:28* **EDWIN SEBASTIAN GARCIA FONSECA** **CC: 1000685745**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YENI ROCIO AVILA RONDON* *PS_4192_2025_17115B-2025-06-16 20:45:57* **YENI ROCIO AVILA RONDON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_4192_2025_17115B-2025-06-17 14:27:25* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**