

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS JOSE FRANCO MARIN			CC:	1072709487
CORREO ELECTRÓNICO:	CARLOSFRANCOM96@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3192070726
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 166 55A 70			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488425856298

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6114 2025	N° CDP:	2498	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/04 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 3.945.312



CARLOS JOSE FRANCO MARIN  
PS\_6114\_2025\_726D2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
CARLOS JOSE FRANCO MARIN  
CC: 1072709487  
CEL: 3192070726

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

**CARLOS JOSE FRANCO MARIN**

**CON C.C N°**

**1.072.709.487**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6114 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/08/04</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.945.312	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 12.399.552	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.945.312
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>TRES (3) MESES</b>
--	-----------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
-------------------------------	----------------------------------

**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	apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano.
2	garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.
3	las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
4	Se realiza la Recolección, revisión, depuración diaria, análisis y presentación de datos históricos relacionados con la oferta y demanda de servicios, así como con el comportamiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD). Esta labor permite identificar patrones de atención, necesidades recurrentes y oportunidades de mejora en la calidad del servicio ofrecido al usuario del mes de agosto
5	Se Elabora las presentaciones y se expone de los indicadores en comités directivos y mesas de trabajo, aportando análisis técnico y estratégico que respalda la toma de decisiones orientadas a la mejora continua del servicio y al fortalecimiento de la satisfacción del usuario aportando al cumplimiento de los indicadores del mes de agosto.
6	Se hace la Supervisión y tipificación de los datos registrados en los canales virtuales institucionales establecidos con CapitalSalud, como el Drive Preventivo y, de manera destacada, el Drive Beta. Este último se ha consolidado como una herramienta fundamental y exclusiva de la entidad para el seguimiento, trazabilidad y respuesta oportuna de las PQRSD, garantizando una gestión organizada, transparente y alineada con los lineamientos institucionales del mes de agosto.
7	Se asiste a la Conciliación mensual de la información reportada, realizada de forma articulada con el área de Ambulatorios de la Subred y Capital Salud. Esta actividad busca garantizar la coherencia, integridad y consistencia de los datos gestionados frente a los registros institucionales, fortaleciendo la confiabilidad de los informes y facilitando el análisis continuo para la mejora del servicio. Del mes de agosto.
8	participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. 5. asistir 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.
9	cumplir 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.
10	portar visiblemente los elementos institucionales y 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.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA 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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	

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 (2025-08-04) AL (2025-08-31)




IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88855648	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	\$ 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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>CARLOS JOSE FRANCO MARIN PS_6114_2025_726D2F</p> <hr/> <p><b>CARLOS JOSE FRANCO MARIN</b> <b>CC: 1072709487</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p>FRANCISCO ANDRÉS MONTOYA ANCHILA PS_6114_2025_726D2F</p> <hr/> <p><b>FRANCISCO ANDRÉS MONTOYA ANCHILA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_6114_2025_726D2F</p> <hr/> <p><b>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072709487	CARLOS JOSE FRANCO MARIN		Calle 20 # 68D - 66 torre 1 Apto 1801	6721014	carlofrancom96@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	14/08/2025	88855648	\$440.500	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>440.500</b>

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072709487	CARLOS JOSE FRANCO MARIN		Calle 20 # 68D - 66 torre 1 Apto 1801	6721014	carlofrancom96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	14/08/2025	88855648	\$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1072709487	FRANCO MARIN CARLOS JOSE	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA