

		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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JONATHAN GARZON SANDOVAL			CC:	1012463192
CORREO ELECTRÓNICO:	JGARZONSANDOVAL@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3214166149
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65J SUR 78C 80			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488450044620
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1031 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.225.960	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JONATHAN GARZON SANDOVAL PS_1031_2025_0D4820 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JONATHAN GARZON SANDOVAL CC: 1012463192 CEL: 3214166149					

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

CON C.C N°1.012.463.192

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS 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 1031 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.677.880	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 41.937.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.225.960
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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

- 1 Se revisa diariamente el correo de (notificacionobjeciones@subredcentrooriente.gov.co) durante el periodo de trabajo de 8 horas.
- 2 Los correos notificados por las diferentes entidades se envía a gestión documental (radicacionmedios electronicos@subredcentrooriente.gov.co) para la respectiva asignación de referencia.
- 3 Se asigna los correos de glosa para ingresar al sistema al técnico de radicación de objeciones y las devoluciones al tecnólogo.
- 4 Se descarga los medios magnéticos enviados por las diferentes entidades para dar trámite a la recepción de la glosa en la matriz establecida.
- 5 Se reporta por medio de correo electrónico al área de cartera y facturación las inconsistencias encontradas de la glosa o devolución para su respectiva corrección y así continuar con el proceso de radicación.
- 6 Se realiza seguimiento a los tecnólogos frente a la matriz de glosa y matriz de devoluciones validando que todo se encuentre ingresado correctamente.
- 7 Una vez diligenciada la matriz de recepción se diligencia el archivo plano para poder subir los motivos de objeción al sistema de Dinámica Gerencial y posteriormente confírmalos.
- 8 Se realiza cada entrega de las devoluciones recepcionadas en el sistema DGH al tecnólogo encargado de las devoluciones por medio de correo electrónico y las devoluciones físicas se encuentran y se deja registro en el libro.
- 9 Se realiza una depuración del agilsalud cada viernes de la semana para garantizar que sea ingresado las glosa y devoluciones.
- 10 Se diligencia la matriz para realizar los indicadores del área, para la presentación de informes de recepción.
- 11 Se reporta las facturas que se encuentran en estado 1 a facturación y se realiza el respectivo seguimiento. Se reportan facturas que se encuentran en devoluciones y se realiza seguimiento.
- 12 Se reportan facturas en saldo \$0 a cartera mediante el drive y se realiza seguimiento de respuesta.
- 13 Se realiza informe de cierre de mes correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2025.
- 14 Se realiza informe de reiteraciones con corte al 30 de noviembre 2025.
- 15 Se realiza informe de TIPIFICACION el cual se compone de 5 archivos en el que contiene toda la información de la glosa correspondiente a 2025.
- 16 Se diligencia la matriz histórica de devoluciones.
- 17 Se realiza cruce de facturas glosadas vs facturas devueltas para entregar listado de facturas a tecnólogos de cuentas médicas.
- 18 Se realiza lista de chequeo a los tecnólogos de cuentas médicas para validar soportes, respuesta y radicación de la glosa.
- 19 Se realiza validación de las plantillas de conciliación contable para validar saldos y facturas a conciliar. Capresoca, Emssanar, Capital Salud, Comfaoriente, Cajacipi, Comfachoco, Pijaos, Salud Total.
- 20 Se realiza entrega de glosa inicial a tecnólogos para un total de glosa de noviembre de \$2.986.044.106 y de reiteraciones de \$ 234.668.566

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 92268297	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/10	\$ 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JONATHAN GARZON SANDOVAL PS_1031_2025_0D4820 JONATHAN GARZON SANDOVAL CC: 1012463192
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ PS_1031_2025_0D4820 NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1031_2025_0D4820 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012463192	JONATHAN GARZON SANDOVAL		CALLE 65 J SUR No 78 C 80	3214166149	JGARZONSANDOVAL@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92268297	\$469.000
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	28.500	0
						0	0
						28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012463192	JONATHAN GARZON SANDOVAL		CALLE 65 J SUR No 78 C 80	3214166149	JGARZONSANDOVAL@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92268297	\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	AVP	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1012463192	GARZON SANDOVAL JONATHAN	59	0		N																				25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA