

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

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

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 8280 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.690.848
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/12/19	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/19 AL 2025/12/31		



*CARLOS JOSE FRANCO MARIN*  
*PS\_8280\_2025\_408746*

**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**

**OBJETO DEL CONTRATO:** 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 8280 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/12/19</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.831.752	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 6.058.872	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.690.848
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES
--	---------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
-------------------------------	-----------------------------

**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  | 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 diciembre   |
| 2  | 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 diciembre.   |
| 3  | 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 diciembre. |
| 4  | 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 diciembre.  |
| 5  | No se participa en cursos pedagógicos para la vigencia del mes de diciembre del año 2025 .   |
| 6  | No se apoyan demás procesos de la oficina por la necesidad que se presentó en el proceso de los drives establecidos con las entidades.   |
| 7  | Se garantizó la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.   |
| 8  | Se realizaron todas las actividades establecidas en las obligaciones contractuales en los tiempos determinados para el desarrollo de las mismas.   |
| 9  | Se realizó el porte de los elementos de la Subred integrada de Servicios de Salud Centro oriente durante el transcurso del mes de diciembre.   |
| 10 | Se realizaron las demás actividades solicitadas por la oficina en el mes de diciembre (el desarrollo de la jornada de fortalecimiento de la oficina para la vigencia).   |

**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 (2025-12-19) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 5808420 - 44216729	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/23	\$ 216.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/23	\$ 277.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/23	\$ 42.400
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 536.700</b>

**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**



*CARLOS JOSE FRANCO MARIN*  
*PS\_8280\_2025\_408746*

**CARLOS JOSE FRANCO MARIN**  
**CC: 1072709487**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ*  
*PS\_8280\_2025\_408746*

**MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*  
*PS\_8280\_2025\_408746*

**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	
5808420	23/01/2026				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	N	29/01/2026	44216729	\$518.600	

## 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	204.300	0		0		0	41	5.200	0	209.500	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	261.500	0	0	0	0	41	6.700	0	268.200	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	39.800				39.800	41	1.100	40.900			398	40.900	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	41	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	41	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	204.300	209.500
Pensión	1	261.500	268.200
Riesgos Laborales	1	39.800	40.900
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>505.600</b>	<b>518.600</b>

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.	
						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	
5808420	23/01/2026				EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	N	29/01/2026	44216729	\$518.600	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CDR	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			X																231001	1.690.848	270.600	0	0	0	0	EPS005	1.690.848	211.400	14-11	1.690.848	3	41.200		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA