

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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 8280 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.227.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



CARLOS JOSE FRANCO MARIN
PS_8280_2025_0C842F

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.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 8280 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/19
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.831.752	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.058.872	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.227.120
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
--	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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 enero
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 enero.
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 enero.
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 enero.
5	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.
6	apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano.
7	garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.
8	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.
9	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.
10	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

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)




IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4276163	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/23	\$ 211.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/23	\$ 270.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/23	\$ 41.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 523.700

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>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>CARLOS JOSE FRANCO MARIN PS_8280_2025_OC842F</p> <hr/> <p>CARLOS JOSE FRANCO MARIN CC: 1072709487</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p>MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ PS_8280_2025_OC842F</p> <hr/> <p>MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES PS_8280_2025_OC842F</p> <hr/> <p>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO</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	
2025-12	2025-12	I	23/01/2026	4276163	\$523.700	

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	211.400	0		0		0	1	200	0	211.600	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	270.600	0	0	0	0	1	200	0	270.800	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	41.200				41.200	1	100	41.300			412	41.300	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
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	211.400	211.600
Pensión	1	270.600	270.800
Riesgos Laborales	1	41.200	41.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	523.200	523.700

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		
					EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	23/01/2026	4276163	\$523.700		

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	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																	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