

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 JONATHAN GARZON SANDOVAL PS_1031_2025_29842D 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:	\$45.163.440	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 DICIEMBRE de 2025.
- 14 Se realiza informe de reiteraciones con corte al 31 de DICIEMBRE 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 \$ 3.223.472.755,4308 y de reiteraciones de \$ 1.053.574.810.

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:	Nº 455664	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/30	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/30	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/30	\$ 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	<i>JONATHAN GARZON SANDOVAL</i> PS_1031_2025_29842D JONATHAN GARZON SANDOVAL CC: 1012463192
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<i>NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ</i> PS_1031_2025_29842D NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1031_2025_29842D 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
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	455664	\$469.000

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

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
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
					TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	455664	\$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	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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