

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL			CC:	1023887302
CORREO ELECTRÓNICO:	DEIVI024@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3134690390
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 ESTE 31B 04 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480377707
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4174 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.424.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL PS_4174_2026_B62121 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL CC: 1023887302 CEL: 3134690390					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

CON C.C N°1.023.887.302

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 4174 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/06/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.424.000No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$3.424.000VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.424.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASUN (01) MES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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 VERIFICA LA GLOSA INICIAL DE LAS ENTIDADES ASIGNADAS DE LAS CUAL ES LA ENTIDAD LA CUAL PERTENECE AL MES DE MAYO Y JUNIO CON UN TOTAL DE FACTURAS 3844, CANTIDAD DE ITEMS 10711 Y UN VALOR DE \$ 2.499.777.746
DIVIDIDAS EN LAS SIGUIENTES ENTIDADES:
CAJA DE PREVISION SOCIAL DE CASANARE - CAPRESOCA E.P.S.
SE REGISTRARON 20 ITEMS DE GLOSA INICIAL
VALOR DE \$35.778.584 CANT FACTURAS 7
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
SE REGISTRARON 870 ITEMS DE GLOSA INICIAL
VALOR DE \$346.419.172 CANT FACTURAS 836
EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S
SE REGISTRARON 31 ITEMS DE GLOSA INICIAL
VALOR DE \$13.344.012 CANT FACTURAS 20
EPS FAMISANAR SAS.
SE REGISTRARON 9247 ITEMS DE GLOSA INICIAL
VALOR DE \$2.029.178.814 CANT FACTURAS 2734
EPS SURAMERICANA
SE REGISTRARON 543 ITEMS DE GLOSA INICIAL
VALOR \$75.057.164 CANT FACTURAS 247
2. SE DILIGENCIA EN LA MATRIZ DE RECEPCION DE NOTIFICACION OBJECIONES Y REITERACIONES CON LOS CAMPOS IDENTIFICADOS EN ESTA MATRIZ.
3. SE GUARDAN LOS MOTIVOS DE GLOSA CON EL NUMERO DEL RADICADO DE AGILSALUD EN UNA CARPETA NOMBRADA POR MES Y SUBCARPETAS POR CADA DIA DE RADICACION, PARA QUE SEA ENVIADA CON EL REPORTE DE ENTREGA DE LA RECEPCION.
4. SE REALIZA CRUCE DE LOS ESTADOS Y SALDOS DE LAS FEV NOTIFICADAS COMO DEVOLUCIONES, GLOSA O REITERACIONES, CONTRA EL REPORTE DE LISTADO DE FACTURAS DEL MODULO DE CARTERA DEL SISTEMA DE INFORMACION DGH.
5. EN CASO DE AUSENCIA DE SOPORTES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN O QUE SE REQUIERA UN CONCEPTO PARA SUBSANAR LA CUENTA, SOLICITAR AL ÁREA CORRESPONDIENTE VÍA CORREO, DESCARGAR CORREO Y GUARDAR EN LA CARPETA CORRESPONDIENTE PARA DAR TRAZABILIDAD A LA GESTIÓN REALIZADA.
6. SE CONFIRMA LOS DOCUMENTOS CREADOS POR MEDIO DE ARCHIVO PLANO EN DGH EN MODULO CARTERA -CONFIRMACION DE DOCUMENTOS - RECEPCION OBJECION.
7. SE CONSOLIDA LOS SOPORTES Y DAR RESPUESTA A GLOSA INICIAL EN LA MATRIZ DE GLOSA INICIAL, SEGÚN LOS PARÁMETROS DADOS POR EL ÁREA, DONDE SE DEBE GARANTIZAR LOS SOPORTES REQUERIDOS PARA LA SUBSANACIÓN DEL MOTIVO DE GLOSA INICIAL Y DAR JUSTIFICACIÓN CON EL ARGUMENTO PERTINENTE SEGÚN SEA EL CASO, DE ACUERDO CON LOS CÓDIGOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN DE GLOSAS DEL MINISTERIO DE SALUD.
8. SE DIGILIGENCIA LA RESPUESTA DE GLOSA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH A CADA UNA DE LAS CAUSALES EMITIDAS POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, GARANTIZANDO LA EXISTENCIA DE SOPORTES Y OBSERVACIONES COHERENTES CON MOTIVOS DE GLOSA.
9. SE RADICA RESPUESTA DE GLOSA A CADA ENTIDAD SEGÚN SU MODALIDAD Y GARANTIZAR UNA CARPETA POR

1	ENTIDAD CON LOS SOPORTES ADJUNTOS QUE SUBSANEN LOS MOTIVOS DE GLOSA INICIAL. (RESPUESTA DE GLOSA DHG, SOPORTES Y RADICADO ANTE LA ENTIDAD), SEGÚN DIRECTRICES DE GESTIÓN DOCUMENTAL.
	10. SE ENTREGA AL CIERRE DE MES MATRIZ DE GLOSA INICIAL TOTALMENTE DILIGENCIADA EN LO QUE CORRESPONDE A RESPUESTA CON SU RESPECTIVO ANÁLISIS DE TRÁMITE.
	11. SE REALIZA CRUCES CONTABLES PARA CONCILIACIÓN ENVIADOS POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y NOTIFICARLOS A LOS FUNCIONARIOS A CARGO DE LAS ENTIDADES DEL ÁREA DE CARTERA.
	12. SE HACE SEGUIMIENTO A LOS ESTADOS DE FACTURAS Y SALDOS DE LOS CRUCES CONTABLES ANTES DE INICIAR CONCILIACIÓN CON LOS PAGADORES.
	13. SE ENVIA INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS EN LOS CRUCES CONTABLES A LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES SEGÚN EL CASO, FACTURAS EN ESTADO DE DEVOLUCIÓN, FACTURAS EN ESTADO 2, FACTURAS CON DIFERENCIAS DE SALDOS Y FACTURAS EN SALDO 0, HACER SEGUIMIENTO DE ESTAS HASTA QUE ESTÉN LISTAS PARA CONCILIAR.
	14. SE ENTREGA A LOS AUDITORES LOS SOPORTES COMPLETOS PARA LAS CONCILIACIONES INCLUYENDO MATRIZ CONSOLIDADA GLOSA INICIAL AP-CR-FT-075 CON LAS FACTURAS A CONCILIAR, REALIZAR CONCILIACIONES ADMINISTRATIVAS CON LAS ERP Y ASEGURAR AL CIERRE DE CADA CONCILIACIÓN LA VERIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE FACTURAS Y VALORES CONCILIADOS.
	15. SE REALIZA ANÁLISIS DE LA MATRIZ CONSOLIDADA REITERACIONES AP-CR-FT-077 PARA TENER ACERCAMIENTO CON LAS ERP Y LOGRAR EL CIERRE DE LO PENDIENTE POR MEDIO DE LA CONCILIACIÓN, CLASIFICAR LAS FACTURAS PARA SUPERSALUD, COSTO BENEFICIO Y TRAMITE JURÍDICO DE ACUERDO CON LAS ENTIDADES ASIGNADAS.
	16. SE EJERCE APOYO (REVISAR CONTRA FACTURA Y/O HISTORIA CLÍNICA) EN LA RECOLECCIÓN DE SOPORTES PARA TRÁMITE DE REFACTURACIÓN O DE ÍNDOLE JURÍDICO Y DEMÁS REQUERIDOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.
	17. SE REALIZA OFICIOS DE PODER PARA LAS CONCILIACIONES SOLICITADOS POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO PARA LAS CONCILIACIONES, SOLICITAR AL ÁREA FINANCIERA EL PRESUPUESTO REQUERIDO Y GARANTIZAR QUE QUEDEN AUTENTICADOS.
	18. SE BRINDA OPORTUNAMENTE INFORMACIÓN Y SOPORTES SOLICITADOS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DE ÁREAS EXTERNAS O ENTES DE CONTROL.
	19. SE ARCHIVA DOCUMENTOS A CARGO DE ACUERDO CON TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR GESTIÓN DOCUMENTAL.
	20. SE PREPARA Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO, RELACIONANDO ACTIVIDADES REALIZADAS CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL.
	21. SE ASISTE A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 83459800	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	\$ 220.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 281.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 43.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 545.100

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



CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

PS_4174_2026_B62121

CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

CC: 1023887302

FIRMA DE QUIEN VALIDA



NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ

PS_4174_2026_B62121

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_4174_2026_B62121

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023887302	CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL		CRA 7 este # 31b -04 SUR	6012079046	DEIVI024@HOTMAIL.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83459800	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$545.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	8	1.300	0	220.200	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	280.200	0	0	0	0	8	1.700	0	281.900	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	42.700				42.700	8	300	43.000			427	43.000	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	218.900	220.200
Pensión	1	280.200	281.900
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	545.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023887302	CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL		CRA 7 este # 31b -04 SUR	6012079046	DEIVI024@HOTMAIL.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83459800	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$545.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sudipio	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	ISE	LMA	MAC	MC	MCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1023887302	PATIÑO SABOGAL CARLOS DAVID	59	0		N																		25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0