

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                  |         |              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                      | FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA |                                                  |         | CC:          | 1015464948 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                       | FBARRETO763@GMAIL.COM         |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3024625499 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                      | KR 63 10 03 SUR               |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO DE BOGOTA               | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 237430566  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 5112 2025                  | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.764.634 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2025/03/20                    | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31  |                                                  |         |              |            |
| <div><div><div>FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA<br/>PS_5112_2025_2E89AB</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA<br/>CC: 1015464948<br/>CEL: 3024625499</div></div> |                               |                                                  |         |              |            |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA

CON C.C N°1.015.464.948

|                      |                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5112 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/03/20 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |     |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 9.470.488 | No. HORAS EJECUTADAS | 186 |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 49.294.543 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.764.634 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | OCHO (8) MESES |
|-----------------------------------------|----------------|

|                                               |                        |
|-----------------------------------------------|------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD LACHES |
|-----------------------------------------------|------------------------|

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ |
|------------------------|------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
| 1    | Se realizo la limpieza y desinfección de consultorio, así como lavados de manos según manual de bioseguridad de la Subred Centro Oriente y uso de elementos de protección personal.                                 |
| 2    | Se realizo seguimiento a usuarios según evento.                                                                                                                                                                     |
| 3    | Se desarrollan actividades para el fortalecimiento de la unidad.                                                                                                                                                    |
| 4    | Se realiza registro de historia clínica a todos los usuarios atendidos de acuerdo a la normatividad vigente y políticas de las Subred Centro Oriente                                                                |
| 5    | Se garantizo la realización de los cuidados a 100% de los pacientes que por su estado crítico así lo requirieron.                                                                                                   |
| 6    | Se realiza el registro individual de atención en Salud (RIPS) de manera adecuada.                                                                                                                                   |
| 7    | Se apoyan las diferentes actividades inherentes al objeto del contrato, así cómo las actividades de acreditación y habitación de la unidad.                                                                         |
| 8    | Se reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida por la normativa vigente                                                                                                          |
| 9    | Se realiza notificación de eventos de sucesos de calidad y se participa en los análisis indicados                                                                                                                   |
| 10   | Se realiza apoyo en las actividades de acreditación                                                                                                                                                                 |
| 11   | Realizar historias clínicas, apoyar en el proceso de acreditación y habitación, asistencia a capacitaciones                                                                                                         |

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

|                                               |             |               |              |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|--------------|
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |              |
| No. DE PLANILLA:                              | N° 35053504 | OPERADOR:     | ASOPAGOS     |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SANITAS     | 2025/10/01    | \$ 343.700   |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR    | 2025/10/01    | \$ 440.000   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA        | 2025/10/01    | \$ 67.000    |
| OTRO                                          |             |               |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 850.700 |
| 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA</div><div>PS_5112_2025_2E89AB</div></div> <div>FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA</div> <div>CC: 1015464948</div>        |            |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ</div><div>PS_5112_2025_2E89AB</div></div> <div>LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |            |



|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-1015464948                 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 01                            |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 01                            |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2025-10-14                    |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2025-10-10                    |
| FECHA DE PAGO:               | 2025-10-15                    |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DE BOGOTA               |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2025-09                       |
| PERÍODO SALUD:               | 2025-09                       |
| NÚMERO PLANILLA:             | 35053504                      |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                             |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 35053504                      |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                             |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE   | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|----------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS  | 1                | \$ 2.749.496 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 1.100        | \$ 343.700                | \$ 344.800  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR | 1                | \$ 2.749.496 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 1.400        | \$ 440.000                | \$ 441.400  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA | 1                | \$ 2.749.496 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 300          | \$ 67.000                 | \$ 67.300   |
| Total a pagar  |           |          |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 2.800        | \$ 850.700                | \$ 853.500  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 13/11/2025 |
|----------------------------------|------------|

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Si

No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                  | Nombre del archivo                               | Cargado por |           |         |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | Comprador   | Descargar | Detalle |
|                          | PS 5112 2025 - CRP.pdf (Archivado)               | PS 5112 2025 - CRP.pdf                           | Comprador   | Descargar | Detalle |
|                          | PS 5112 2025 - CRP (2).pdf (Archivado)           | PS 5112 2025 - CRP (2).pdf                       | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 5112 2025 CRP-11735.pdf                     | 1 PS 5112 2025 CRP-11735.pdf                     | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 2 PS 5112 2025 CRP-15859.pdf                     | 2 PS 5112 2025 CRP-15859.pdf                     | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 3 PS 5112 2025 CRP-18776.pdf                     | 3 PS 5112 2025 CRP-18776.pdf                     | Comprador   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 5112 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |

Borrar

Cargar nuevo