

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA		<b>CC:</b>	79459607
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	ADOLFOBMOLINA1@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3165673043
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 67B SUR 13 60		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 008480216509

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7265 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.672.026
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/09/28	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/15
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



*LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA*  
*PS\_7265\_2025\_1F192A*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA**

**CC: 79459607**

**CEL: 3165673043**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA**

**CON C.C N°**

**79.459.607**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7265 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/09/28</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.939.228	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.955.306	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DÍAS
--	--------------------------------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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)**

<b>ITEM</b>	<p>Descargué del sistema de información DGH los reportes necesarios para la distribución y auditoria de las cuentas por parte del grupo encargado Realicé los cruces respectivos para el seguimiento a las actividades realizadas en hospitalización, medicamentos y quirurgicas Se realizó la socialización a las áreas asistenciales de las novedades encontradas durante las auditorias realizadas a las cuentas de hospitalización Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoria realziada a las facturas de venta Se gestió mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electronicos el seguimiento a las inconsistencias evidenciadas Se reportó a la persona encargada del proceso de parametrización las novedades durante las auditorias realizadas para el periodo Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontradas durante el proceso de auditoria en descripciones quirurgicas,epicrisis sin confirmar en el sistema de información DGH, administración de medicamentos Socialicé a los profesionales del área las novedades encontradas durante el proceso de seguimiento de auditoria Apoyé los difrentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos) Asistí a dos reuniones y participe en las capacitaciones y/o retroalimentaciones al personal de central de liquidación hopitalización</p>
-------------	---

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 91549966	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	\$ 177.937
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 34.676
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.373</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 ibr 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 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**



*LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA*

*PS\_7265\_2025\_1F192A*

**LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA**

**CC: 79459607**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YAMILE CANO HERRERA*

*PS\_7265\_2025\_1F192A*

**YAMILE CANO HERRERA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*

*PS\_7265\_2025\_1F192A*

**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**Información básica de la planilla**

<b>Empresa:</b>	LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA	<b>NIT:</b>	79459607
<b>Tipo Planilla:</b>	I	<b>Periodo liquidación Pensiones:</b>	noviembre 2025
<b>Sucursal o Dependencia:</b>	PRINCIPAL	<b>Periodo liquidación Salud:</b>	noviembre 2025
<b>Número de Radicación:</b>	91549966	<b>Total a pagar:</b>	\$653,500
<b>Fecha de vencimiento:</b>	02/12/2025	<b>Total de empleados:</b>	1
<b>Fecha de Pago:</b>	11/12/2025	<b>Número de Administradoras:</b>	3

**Detalles del pago**

<b>Razón social recaudo:</b>	Compensar OI	<b>Nit recaudo:</b>	9998600669427
<b>Descripción:</b>	MiPlanilla.com Pago Protección Social	<b>Medio de Pago:</b>	Pago Electronico por PSE
<b>Banco:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>Número Autorización:</b>	1998919035
<b>Estado de la transacción:</b>	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$51,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$338,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$264,000
						\$653,500

\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Le informamos que el pago de la planilla No. 91549966, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.



Buscar...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

### Datos guardados

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?  Sí  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 7265 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo



Evaluación de la Entidad Estatal



### Datos guardados