

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA | | CC: | 79736555 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | FABIAN641975@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3204517725 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 1 H 38A 51 BL O AP 306 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 473870079307 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1122 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 6.109.992 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA
PS_1122_2025_3237DF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA

CC: 79736555

CEL: 3204517725

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

FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA

CON C.C N°

79.736.555

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1122 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 28.513.296 **No. HORAS EJECUTADAS** 168

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 86.485.482 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.109.992

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD LIBERTADORES

NOMBRE DEL SUPERVISOR: NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA

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)

| ITEM | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES |
|------|--|
| 1 | <p>Prestar sus servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estandar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E</p> <p>"Elaborar historia clinica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las politicas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes"</p> <p>Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuada y oportunamente en el marco de cada consulta en el aplicativo DINAMICA</p> <p>Cumplir con las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.</p> <p>Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, y en las fichas del Instituto Nacional de Salud. Esta actividad se realiza cada vez que se requiera</p> <p>"Diligenciar las fichas SIVIGILA y manejo de acuerdo a los protocolos de INS cada vez que se presente un evento de interes en salud publica "</p> <p>Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio y participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio</p> <p>Cumplir con las normas de bioseguridad. (Utilización de tapabocas, bata, lavado de manos, gafas y demas medidas que se requieran para disminuir el riesgo biológico)</p> <p>Participar en los espacios de induccion, reinduccion, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relacion a la atencion de pacientes.</p> <p>Aplicar protocolos y métodos con el fin de brindar una atencion de calidad, dando cumplimiento a la normatividad vigente en relacion a los procesos de habilitacion y acreditacion</p> <p>Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad</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 | | | |
|---|---------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 9496204641 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2025/12/10 | \$ 254.600 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/10 | \$ 325.900 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/12/10 | \$ 49.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 630.200 |

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>FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA PS_1122_2025_3237DF</p> <hr/> <p>FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA CC: 79736555</p> |
| <p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p> |  <p>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA PS_1122_2025_3237DF</p> <hr/> <p>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79736555 | | AGUILAR ZAMORA FABIAN ALFONSO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 1H #38A-51 BLOQUE O APTO 306 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3102232725 | Si |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1994531211 | 9496204641 | I | 2025/12/12 | 2025/12/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | \$685,500 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------|----------------|--------|---------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|----------|--------|------|-------------|----------|---------|-----|--------|--|--|--------------|--|--|--|--|
| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | | SALUD | | | | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
| No. | Identificación | Nombres | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | | | | | | | |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | \$2,036,700 | \$325,900 | | | \$2,036,700 | \$254,600 | | | \$2,764,933 | \$55,300 | | | \$2,036,700 | \$49,700 | | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | \$2,036,700 | \$325,900 | | | \$2,036,700 | \$254,600 | | | \$2,764,933 | \$55,300 | | | \$2,036,700 | \$49,700 | | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | \$2,036,700 | \$325,900 | | | \$2,036,700 | \$254,600 | | | \$2,764,933 | \$55,300 | | | \$2,036,700 | \$49,700 | | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| 1 | CC | 79736555 | AGUILAR FABIAN | 25-14 | 30 | \$2,036,700 | \$325,900 | EPS005 | 30 | \$2,036,700 | \$254,600 | CCF21 | 30 | \$2,764,933 | \$55,300 | 14-23 | 30 | \$2,036,700 | \$49,700 | 30 | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| Total | Afiliados(1) | | | | | \$2,036,700 | \$325,900 | | | \$2,036,700 | \$254,600 | | | \$2,764,933 | \$55,300 | | | \$2,036,700 | \$49,700 | | \$0 | \$0 | | | | | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79736555 | | AGUILAR ZAMORA FABIAN ALFONSO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 1H #38A-51 BLOQUE O APTO 306 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3102232725 | Si |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|--|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2025-11 | 2025-11 | 1994531211 | 9496204641 | I | 2025/12/12 | 2025/12/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | \$685,500 | |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$325,900 | \$0 | \$0 | \$325,900 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$325,900 | \$0 | \$0 | \$325,900 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$49,700 | \$0 | \$0 | \$49,700 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$49,700 | \$0 | \$0 | \$49,700 | |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$55,300 | \$0 | \$0 | \$55,300 | |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 1 | \$55,300 | \$0 | \$0 | \$55,300 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$254,600 | \$0 | \$0 | \$254,600 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$254,600 | \$0 | \$0 | \$254,600 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$685,500 | \$0 | \$0 | \$685,500 | |