

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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		\$ 6.691.896	
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				
 FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA PS_1122_2025_9559C7 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	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 93.795.651	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.691.896
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

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	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 - "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" - 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 -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. - 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 - "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 " -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 - 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) - Participar en los espacios de induccion, reinduccion, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relacion a la atencion de pacientes. - 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 - 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

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, <u>CERTIFICO</u> 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:	N° 9497436895	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 305.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	\$ 391.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/05	\$ 59.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 756.200
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 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		 FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA PS_1122_2025_9559C7 FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA CC: 79736555	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA PS_1122_2025_9559C7 NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA SUPERVISOR DEL CONTRATO	

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	Valor
2025-12	2025-12	2055872222	9497436895	I	2026/01/15	2026/01/05	BANCO DAVIVIENDA	\$805,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,444,000	\$391,100			\$2,444,000	\$305,500			\$2,444,000	\$48,900			\$2,444,000	\$59,600	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,444,000	\$391,100			\$2,444,000	\$305,500			\$2,444,000	\$48,900			\$2,444,000	\$59,600	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,444,000	\$391,100			\$2,444,000	\$305,500			\$2,444,000	\$48,900			\$2,444,000	\$59,600	
1	CC 79736555	AGUILAR FABIAN	25-14	30	\$2,444,000	\$391,100	EPS005	30	\$2,444,000	\$305,500	CCF21	30	\$2,444,000	\$48,900	14-23	30	\$2,444,000	\$59,600	30
Total Afiliados(1)					\$2,444,000	\$391,100			\$2,444,000	\$305,500			\$2,444,000	\$48,900			\$2,444,000	\$59,600	

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
2025-12	2025-12	2055872222	9497436895	I	2026/01/15	2026/01/05	BANCO DAVIVIENDA	0	\$805,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$391,100	\$0	\$0	\$391,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$391,100	\$0	\$0	\$391,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$59,600	\$0	\$0	\$59,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$59,600	\$0	\$0	\$59,600	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$48,900	\$0	\$0	\$48,900	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	\$48,900	\$0	\$0	\$48,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$305,500	\$0	\$0	\$305,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$305,500	\$0	\$0	\$305,500	
TOTAL				1	\$805,100	\$0	\$0	\$805,100	