

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO</b>	<b>CC:</b>	<b>1019063264</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>CRFUENTES@UAN.EDU.CO</b>	<b>TELÉFONO:</b>	<b>3045505828</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 152A 101A 45</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO CAJA SOCIAL</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>
		<b>N° CUENTA:</b>	<b>24094771240</b>

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 1885 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 8.746.216</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/01/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31</b>		



*CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO*  
*PS\_1885\_2025\_106EFA*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO**

**CC: 1019063264**

**CEL: 3045505828**

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

**CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO**

CON C.C N°

1.019.063.264

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1885 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 15.517.480	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>248</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 115.146.755	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 8.746.216
---	----------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
-------------------------------	------------------------------

**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	1. REALIZAR RONDA ADMINISTRATIVA VERIFICANDO LA SUFICIENCIA DE PERSONAL MEDICO, REGISTRO DE OCUPACION DE SERVICIOS, VERIFICACION DE CONDICIONES DE AISLAMIENTO DE PACIENTES REALIZANDO INDICACION MEDICA, CRITERIOS DE SEÑALIZACION Y ENTREGA DE TURNO MEDICO RECOLECTANDO DE FORMATOS FISICOS, VERIFICACION DE CONTENIDO Y FORMA Y ARCHIVANDO DE LAS ENTREGAS DE TURNO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.. VALIDANDO REPORTE DE NOVEDADES DE REGISTRO EN MAPA DE CAMAS A ENFERMERIA Y FACTURACION. 2. VERIFICAR INTERCONSULTAS PENDIENTES COMO CONSULTA DEL MODULO DE INTERCONSULTAS PENDIENTES EN DGH Y GESTION DE INTERCONSULTAS PENDIENTES. REPORTE DE EGRESOS (GESTION DE ALTAS TEMPRANAS), NUTRICION PARA SUSPENSION DE DIETAS, TRABAJO SOCIAL PARA VERIFICACION DE COPAGOS Y RED DE APOYO FAMILIAR O SOCIAL, ENFERMERIA PARA GESTION DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN FACTURACION, COMO ELABORACION DE PRE FACTURA. 3. GESTION DE ESTANCIAS PROLONGADAS REALIZANDO CALCULO DE ESTANCIAS EN EL CENSO DE CAMAS, GESTIONANDO ESTANCIAS DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE Y ESTANCIAS PROLONGADAS Y REGISTRAR ACTIVIDADES CON FINES ESTADISTICOS. 4. VERIFICAR ESTADOS DE TRAMITES ESPECIALES COMO: RESONANCIAS MAGNETICAS NUCLEARES, TOMOGRAFIAS AXIALES COMPUTARIZADAS, OTRAS IMAGENES EXTRA INSTITUCIONALES, OXIGENO DOMICILIARIO, CASOS SOCIALES, TRASLADOS A OTRAS UNIDADES DE LA SUBRED; GESTIONANDO EL PROGRAMA QUIRURGICO, VERIFICANDO SUFICIENCIA DE INSUMOS Y EQUIPOS CON ENFERMERIA E INSTRUMENTACION QUIRURGICA, SUFICIENCIA DE PERSONAL Y COORDINAR TRASLADOS DESDE OTRAS SEDES. 5. LAS DEMAS QUE SEAN ENCARGADAS DESDE LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS O EL LIDER DE SEDE". 6. CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCION CON EL FIN DE EVITAR LOS ERRORES E INCONSISTENCIAS EN EL PROCESO INTEGRAL DE ATENCION DE LOS USUARIOS QUE PUEDAN GENERAR OBJECIONES Y GLOSAS POR PARTE DE LOS DIFERENTES PAGADORES. AUDITAR LAS GLOSAS RECIBIDAS Y DAR RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA Y DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES, CON EL FIN DE MANTENER LOS TIEMPOS DETERMINADOS POR LA LEGISLACION VIGENTE. ADELANTAR LA CONCILIACION DE GLOSAS Y REITERACION CON LOS DIFERENTES PAGADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS ASEGURANDO QUE SE AJUSTEN A LAS NORMAS TECNICAS Y CIENTIFICAS VIGENTES Y A LOS TERMINOS CONTRACTUALES, DENTRO DE TIEMPOS OPORTUNOS CON LO CUAL SE ESPERA OPTIMIZAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LA INSTITUCION.
---	---

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 7998929169	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/13	\$ 412.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/13	\$ 528.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/13	\$ 80.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.021.400

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><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO</i> PS_1885_2025_106EFA</p> <hr/> <p><b>CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO</b> <b>CC: 1019063264</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> PS_1885_2025_106EFA</p> <hr/> <p><b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON</i> PS_1885_2025_106EFA</p> <hr/> <p><b>PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1019063264  
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CRISTIAN CAMILO FUENTES BRAVO  
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL  
 DIRECCIÓN: CR 111 #142 A-28 TELÉFONO: 6892577  
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE  
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: **6003194949** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES  
 PERIODO COTIZACIÓN MES: enero PERIODO COTIZACIÓN MES: enero  
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026  
 DÍAS DE MORA: 3  
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/02/19 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 75357784

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1	\$ 560.900
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 560.900</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002514406	EPS005		EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 438.300
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 438.300</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11		14-11 - ARL SURA	1	\$ 85.500
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 85.500</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 1.082.500</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 2.200</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 1.084.700</b>