

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

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 2154 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.056.310
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA

PS_2154_2026_4FC944

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA

CC: 1015464948

CEL: 3024625499

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

CON C.C N° **1.015.464.948**

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2154 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.338.960	No. HORAS EJECUTADAS	159
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.338.960	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.056.310
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
--	-------------------------------

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

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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. se prestaron servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estándar institucional y la demanda del servicio, bajo los parámetros de calidad 2. Se realizó el diligenciamiento completo y oportuno del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de todos los usuarios atendidos. 3. Se apoyaron las actividades relacionadas con el mejoramiento continuo de la calidad, dando cumplimiento a los planes de mejoramiento derivados de los estándares de habilitación y acreditación. 4. Se identificaron y reportaron oportunamente los eventos de notificación obligatoria detectados durante la atención, conforme a los lineamientos de la normatividad vigente. 5. Se notificaron los sucesos de calidad presentados en el servicio y se participó en los análisis cuando fue requerido. 6. Se cumplió con las normas de bioseguridad establecidas por la institución durante la atención de los pacientes. 7. Se apoyó el proceso de gestión y operación de SIVIGILA y eventos de vigilancia en salud pública (EEVV) mediante la identificación, notificación y seguimiento de los casos atendidos. 8. Se desarrollaron actividades orientadas al fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) mediante atención médica, orientación a los usuarios y apoyo a las acciones de promoción y prevención. 9. Se elaboró historia clínica completa y sus anexos a todos los pacientes atendidos, conforme a la normatividad vigente y las políticas institucionales. 10. Se apoyaron las actividades relacionadas con el proceso de acreditación institucional, cumpliendo estándares de calidad y requerimientos del área de calidad. 11. Se realizaron las demás actividades requeridas para el cumplimiento del objeto contractual, conforme a las instrucciones de la supervisión. Como 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 37383174	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/19	\$ 337.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/19	\$ 431.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 65.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 834.300

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><i>FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA</i> <i>PS_2154_2026_4FC944</i></p> <hr/> <p>FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA CC: 1015464948</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ</i> <i>PS_2154_2026_4FC944</i></p> <hr/> <p>LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES																									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR									
CC	1015464948	FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA				SUCURSAL	01	01	2026-04	2026-04	37383174		PRIVADA	I	14-11	86									
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO										
CLL 126 F BIS 119 47		BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	3024625499	0	FBARRETO763@gmail.com		8621		0	1	2026-05-19	2026-05-13										
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																									
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS							
EPS005	800251440	337100	0	0	0	0	0	337100	6	1500	0	338600	0	0	0	0	338600	1							
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA												TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA					TOTAL APORTES A ICBF Y SENA								
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	ICBF							
230301	800224808	431500	0	0	0	6	1900	0	433400	1	SINCCF	0	0	6	0	0	1	VALOR 0 DÍAS MORA 6 INTERESES 0 TOTAL PAGAR 0 NÚM AFILIADOS 0							
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES												TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA					TOTAL APORTES A ICBF Y SENA								
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	SENA				
14-11	890903790	65700	0	0	0	65700	6	300	66000	0	0	660	66000	SINCCF	0	0	6	0	0	0	0	VALOR 0 DÍAS MORA 6 INTERESES 0 TOTAL PAGAR 0 NÚM AFILIADOS 0			
TOTAL APORTES A ESAP				TOTAL APORTES A MINISTERIO																					
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR	VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR																		
0	6	0	0	0	6	0	0																		
NÚMERO ADMINISTRADORAS																									
PENSIONES	1																								
SALUD	1																								
RIESGOS LABORALES	1																								
CAJAS COMPENSACIÓN	0																								
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA																									
PENSIONES	433400																								
SALUD	338600																								
RIESGOS LABORALES	66000																								
CAJAS COMPENSACIÓN	0																								
SENA	0																								
ICBF	0																								
ESAP	0																								
MINISTERIO	0																								
GRAN TOTAL	838000																								