

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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		\$ 6.246.760	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA PS_2154_2026_BAA988 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 ANDRES 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	164
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 39.689.780	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.246.760
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

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

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

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	1. PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO, REALIZANDO CONSULTAS MEDICAS CONFOME AL ESTANDAR DEFINIDO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR Y DEMANDA DE SERVICIOS, ENMARCADO DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. 2. DILIGENCIAR EL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EN SALUD (RIPS) DE TODOS LOS USUARIOS ADECUADAMENTE. 3. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 5. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 6.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD. 7. REALIZAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: SIVIGILA Y EEVV. 8. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS). 9. ELABORAR HISTORIA CLINICA Y ANEXOS A TODO PACIENTE ATENDIDO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS POLITICAS DE LA SUBRED. 10. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 11. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 37771108	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/06/23	\$ 302.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/23	\$ 387.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/23	\$ 59.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 749.700
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 ANDRES BARRETO MONTAÑA PS_2154_2026_BAA988 FABIAN ANDRES BARRETO MONTAÑA CC: 1015464948		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ PS_2154_2026_BAA988 LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

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	2026-05	2026-05	37771108		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		BOGOTÁ	1	BOGOTÁ D.C	11	3024625499	0	FBARRETO763@gmail.com		8621		0	1	2026-06-23	2026-06-11			
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	302900	0	0	0	0	0	302900	12	2700	0	305600	0	0	0	0	305600	1
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA																		
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								
230301	800224808	387700	0	0	0	12	3500	0	391200	1								
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES																		
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					
14-11	8009003790	59100	0	0	0	59100	12	600	59700	0	0	597	59700					
TOTAL APORTES A ESAP																		
VALOR				DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR										
0				12		0		0										
TOTAL APORTES A MINISTERIO																		
VALOR				DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR										
0				12		0		0										
TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS												
SINCCF	0	0	12	0	0	1												
TOTAL APORTES A ICBF Y SENA																		
		ICBF																
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS														
0	12	0	0	0														
		SENA																
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS														
0	12	0	0	0														
NÚMERO ADMINISTRADORAS																		
PENSIONES														1				
SALUD														1				
RIESGOS LABORALES														1				
CAJAS COMPENSACIÓN														0				
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA																		
PENSIONES														391200				
SALUD														305600				
RIESGOS LABORALES														59700				
CAJAS COMPENSACIÓN														0				
SENA														0				
ICBF														0				
ESAP														0				
MINISTERIO														0				
GRAN TOTAL														756500				