

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO			CC:	1031148488
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILOVR23@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3012568042
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39 SUR 34D 27			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488402363177
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3237 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.027.880	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO PS_3237_2026_81F388 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO CC: 1031148488 CEL: 3012568042					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO				
CON C.C N°			1.031.148.488	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3237 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/18
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 24.796.590	No. HORAS EJECUTADAS	132	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.567.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.027.880	
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. Se realizó valoración clínica, formulación de tratamiento y seguimiento a pacientes atendidos durante la jornada. 2. Atención a pacientes y sus familias de demanda espontánea garantizando trato digno y humanizado. 3. Se brindó educación en salud, signos de alarma y recomendaciones a los pacientes y acompañantes. 4. Atención respetando confidencialidad, autonomía y principios éticos. 5. Diligenciamiento de historias clínicas, evoluciones, órdenes médicas y recomendaciones. 6. Se realiza reporte de eventos adversos y seguimiento a incidentes cuando aplicó. 7. Cumplimiento de estándares de calidad y auditoría de historias clínicas. 8. Cumplimiento de la programación de actividades asignadas e información oportuna de novedades al supervisor. 9. Se contribuye con elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales 10. Apoyo en respuesta a solicitudes relacionadas con la atención prestada. 11. Revisión de soportes clínicos para facturación y respuesta a glosas. 12. Cumplimiento de acciones de mejora solicitadas por calidad o supervisión. 13. Participación en reuniones, capacitaciones y comités institucionales. 14. Uso adecuado de equipos biomédicos y reporte de fallas. 15. Inscripción y vigencia en RETHUS, MIPRES y RUAF. Se porta el carné institucional. 16. Pago oportuno de aportes al sistema general de seguridad social del mes de junio 2026 con planilla #91756377 17. Apoyo a actividades adicionales requeridas por la supervisión del contrato.			
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° 91756377	OPERADOR:	MI PLANILLA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/23	\$ 510.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/23	\$ 653.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/23	\$ 99.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.263.200
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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO PS_3237_2026_81F388 BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO CC: 1031148488		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3237_2026_81F388 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ PS_3237_2026_81F388 LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031148488	BRAHIAN CAMILO LEMUS BLANCO		carrera 21 33a 58 apto 1703	8034371	blemus@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91756377	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.263.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	510.400	0		0		0	0	0	0	510.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	653.300	0	0	0	0	0	0		653.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	99.500				99.500	0	0	99.500			995	99.500	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	510.400	510.400
Pensión	1	653.300	653.300
Riesgos Laborales	1	99.500	99.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.263.200	1.263.200

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91756377	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$1.263.200	

[illegible]