

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO			CC:	65587372
CORREO ELECTRÓNICO:	ESROXIBB@YAHOO.COM			TELÉFONO:	3142998061
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18 10 18 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	457570024986
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1506 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 16.590.400	
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				
 ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO PS_1506_2026_6B981E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO CC: 65587372 CEL: 3142998061					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO

CON C.C N°65.587.372

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA INFECTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1506 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$77.145.360	No. HORAS EJECUTADAS	160
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$102.860.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$16.590.400
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
---	---------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
------------------------	--------------------------------

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. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, GARANTIZANDO UNA ATENCION OPORTUNA, SEGURA, EMPATICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, RESPETANDO SU DIGNIDAD, AUTONOMIA, CREENCIAS, VALORES Y NECESIDADES BIOPSIOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 2. BRINDAR ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN CONCORDANCIA CON LOS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES. 3. INFORMAR DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOViendo LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA. 4. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES APLICABLES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 5. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL MEDIANTE LA COMUNICACION EFECTIVA DE LA INFORMACION CLINICA RELEVANTE AL EQUIPO DE SALUD, ASEGURANDO QUE EL ESTADO DEL PACIENTE, LAS CONDUCTAS INSTAURADAS Y LAS RECOMENDACIONES QUEDEN CLARAMENTE REGISTRADAS DE MANERA COMPLETA, OPORTUNA, LEGIBLE Y VERAZ; ASI COMO, LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS, INCLUYENDO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS SOPORTES EXIGIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PRESERVANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES. 6. CONTRIBUIR EN INVESTIGACIONES CLINICAS, ESTUDIOS DE CASOS Y ANALISIS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCION Y A LA RESOLUCION DE PROBLEMATICAS PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN SERVICIO Y FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA REQUERIDO. 7. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE PRESENTEN DURANTE LA ATENCION, PARTICIPANDO EN LOS ANALISIS Y EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS. ASI COMO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CONFORME A LOS TIEMPOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 9. PRESTAR LOS SERVICIOS CONFORME A LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS CON LA SUPERVISION DEL CONTRATO, INFORMANDO OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE PUEDA AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, FACILITANDO LA ADOPCION DE MEDIDAS QUE GARANTICEN LA PRESTACION DEL SERVICIO. 10. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 11. CONTRIBUIR CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 12. CONTRIBUIR CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA DE CUENTAS, CON EL FIN DE PREVENIR GLOSAS DEFINITIVAS U OBJECIONES. 13. CUMPLIR CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS RELACIONADOS CON PLANES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. 14. ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE A JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y DEMAS ESPACIOS INSTITUCIONALES A LOS QUE SEA CONVOCADO, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 15. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS
--	---

1	SUMINISTRADOS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS. RESPONDER POR LA REPOSICION O REPARACION DE EQUIPOS CUANDO EL DAÑO SEA ATRIBUIBLE A NEGLIGENCIA O USO INADECUADO; EJERCIENDO SU CUSTODIA ENTENDIDA COMO LA RESPONSABILIDAD POR SU CUIDADO, CONSERVACION, USO ADECUADO CONTROL Y SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCA BAJO SU ASIGNACION Y USO. REPORTAR AL AREA CORRESPONDIENTE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA DESTINADOS A LA ATENCION ASISTENCIAL. 16. ACREDITAR INSCRIPCION Y HABILITACION VIGENTE EN RETHUS, MIPRES Y RUAF DE ACUERDO A SU OBJETO CONTRACTUAL. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 17. ACREDITAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 18. CUMPLIR CON LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL Y AQUELLAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION.
---	---

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° 88823744	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/25	\$ 833.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/25	\$ 1.067.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/25	\$ 162.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.063.800

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO PS_1506_2026_6B981E ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO CC: 65587372
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1506_2026_6B981E DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_1506_2026_6B981E

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a459a68a0bbc5a09f421ef30b40dfafaf8963c71b8706ec01c237950c330a334a5338313b257174bc119644de6288003

Número de Factura: FE-52

Fecha de Emisión: 24/06/2026

Fecha de Vencimiento: 30/06/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BARRERO BARRETO ESTHER ROCIO

Nombre Comercial: BARRERO BARRETO ESTHER ROCIO

Nit del Emisor: 65587372

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 5 23 41 BL 1 AP 203 ED BALCONES DE SANTA ISABEL

Teléfono / Móvil: 3142998061

Correo: esroxibb@yahoo.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED CENTRO ORIENTE / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DG 34 5 43

Teléfono / Móvil: 3023290575

Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	HONORARIOS MEDICOS P OR PRESTACION DE SERVICIOS COMO INFECTOLOGIA PEDIATRA	NIU	160,00	\$ 103.690,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 16.590.400,00

Notas Finales

PERIODO FACTURADO DE 01 DE JUNIO A 30 DE JUNIO POR 160 HORAS

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
24/06/2026 21:13:46
Documento validado por la
DIAN:
24/06/2026 21:13:47
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	16590400
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16590400
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	16590400
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16590400

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	16.590.400,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.590.400,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	16.590.400,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16.590.400,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764109922100 Rango desde: 51 Rango hasta: 100 Vigencia: 2028-05-19

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	65587372	ESTHER ROCIO BARRERO BARRETO	cil 5 23 41 edi blacones d par 203	3142998061	esroxibb@yahoo.com	
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
		88823744	25/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.063.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	829.600	0		0		0	7	4.300	0	833.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.061.800	0	0	0	0	7	5.500	0	1.067.300	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	161.700				161.700	7	900	162.600			1.617	162.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	829.600	833.900
Pensión	1	1.061.800	1.067.300
Riesgos Laborales	1	161.700	162.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.053.100	2.063.800

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88823744	25/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.063.800	

[illegible]

- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1506 2026 CRP -8751.pdf	1 PS 1506 2026 CRP -8751.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1506 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >