SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA**			**CC:**	**79736555**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FABIAN641975@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204517725**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 1 H 38A 51 BL O AP 306**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**473870079307**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2052 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.865.860**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA
PS_2052_2026_AD69CF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA
CC: 79736555
CEL: 3204517725

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA			
CON C.C N°	**79.736.555**		
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 2052 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**154**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.841.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.865.860
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LIBERTADORES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA		

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	-Prestar sus servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas confome al estandar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E -Elaborar historia clinica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las politicas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes -Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuada y oportunamente en el marco de cada consulta en el aplicativo DINAMICA -Cumplir con las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. -Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, y en las fichas del Instituto Nacional de Salud. Esta actividad se realiza cada vez que se requiera -Diligienciar las fichas SIVIGILA y manejo de acuerdo a los protocolos de INS cada vez que se presente un evento de interes en salud publica -Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio y participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio -Cumplir con las normas de bioseguridad. (Utilización de tapabocas, bata, lavado de manos, gafas y demas medidas que se requieran para disminuir el riesgo biológico) -Participar en los espacios de induccion, reinduccion, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relacion a la atencion de pacientes. -Aplicar protocolos y métodos con el fin de brindar una atencion de calidad, dando cumplimiento a la normatividad vigente en relacion a los procesos de habilitacion y acreditacion -Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9509325235	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/11	$ 354.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/11	$ 453.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/11	$ 69.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 876.900

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA* *PS_2052_2026_AD69CF* **FABIAN ALFONSO AGUILAR ZAMORA** **CC: 79736555**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA* *PS_2052_2026_AD69CF* **NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79736555		AGUILAR ZAMORA FABIAN ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1H #38A-51 BLOQUE O APTO 306	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102232725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	558867048	9509325235	I	2026/08/14	2026/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$928,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$2,590,200	$51,900			$2,833,896	$69,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$2,590,200	$51,900			$2,833,896	$69,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$2,590,200	$51,900			$2,833,896	$69,100		$0	$0
1	CC 79736555	AGUILAR FABIAN	25-14	30	$2,833,896	$453,500	EPS005	30	$2,833,896	$354,300	CCF21	30	$2,590,200	$51,900	14-23	30	$2,833,896	$69,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$2,590,200	$51,900			$2,833,896	$69,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79736555		AGUILAR ZAMORA FABIAN ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1H #38A-51 BLOQUE O APTO 306	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102232725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	558867048	9509325235	I	2026/08/14	2026/08/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$928,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$453,500	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$453,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$69,100	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$69,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,900	$0					$0	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$51,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$354,300	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$354,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$928,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$453,500
$453,500
$69,100
$69,100
$51,900
$51,900
$354,300
$354,300
$928,800