

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS			CC:	80875579
CORREO ELECTRÓNICO:	KMILO-A@MSN.COM			TELÉFONO:	3102591019
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9B N° 113 - 69 APTO 305			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	116050105715

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1572 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 8.539.524



CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS
PS_1572_2025_BAA155

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS

CC: 80875579

CEL: 3102591019

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS

CON C.C N°

80.875.579

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA 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 1572 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 63.436.464	No. HORAS EJECUTADAS	84
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 80.515.512	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.539.524
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
-------------------------------	--------------------------

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. Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
6. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
7. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
14. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
16. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
17. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
19. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial.

Respuesta a correos.

20. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.

21. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

22. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.

23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

1

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89778966	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/11	\$ 1.284.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/11	\$ 1.643.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/11	\$ 250.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.178.200




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 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>CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS</i> <i>PS_1572_2025_BAA155</i></p> <hr/> <p>CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS CC: 80875579</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <i>PS_1572_2025_BAA155</i></p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA</i> <i>PS_1572_2025_BAA155</i></p> <hr/> <p>DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS

NIT: 80875579-8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CRA 9B # 113 -69 APTO 305, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3105291019

Email. kmilo_a@msn.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764068803357 válida desde 2024-04-11 hasta 2026-04-11 rango desde CARP101 hasta CARP200.

Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT :	900959051-7
Dirección:	DIAGONAL 34 No. 5-45, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	6013444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Fecha de Pago:	11/10/2025
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	CARP143				
MONEDA:	COP Colombia, Pesos				
HORA EMISIÓN:	00:09:06-05:00				
FECHA FIRMADO:	11/09/2025 00:09:10				
FECHA DE EMISIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO			
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
11	09	2025	11	10	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas 84 horas UCI mes de septiembre	WSD	1,00	\$8.539.524,00				0,00	\$8.539.524,00

Notas: REGIMEN SIMPLE	Subtotal:	\$8.539.524,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
SON: (ocho millones quinientos treinta y nueve mil quinientos veinticuatro pesos) CUFE: e911f26224760a76562aa44eb83d335e85de70ff20f91384a0faeee87c7c2854abf147b565e3580dc630ceadcc4388c6	Total:	\$8.539.524,00

Firma Digital: RsUTAQqO0AjtNo9+cmDKBvLI2ZN9K9/036podncogRuT4A4L5o6GyK7g4Z013WQI
XBmj65aTioWr7T7mT5NnL14288gVJbWWS284pO81TOw2PmTl6
uBL6uLFOAJ5shR 3ID0T/+QHnA7AjVV+mLjTA53sf8DYcXGMgVfSdTA7FBOut+GO2mYIIVQRAbHqJv QX1uKIX2wrCRI6rLXGkt/TyV1les7V+eQMZ
W3lhUC8MjAHmWMNIN5m54Mqkr7EL WFT9o2ikV79YN5rzWFFe9wTtHt+jdUrX3Uj7IE/foGK28kRhejvcPiXFugb3Gmb8 f0BK3D2aAUdAC6gJSGs+
xW==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



La empresa **CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS**, identificada con **CC** número **80875579**, aportó por **CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS** identificado(a) con **CC** número **80875579** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2025-8 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	R	E	T	D	A	T	T	V	S	S	L	G	M	A	V	A	V	C	T	I	R	P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59																								0	30	\$10,272,830	0.12500	\$1,284,200	\$0	\$0	Agosto - 2025	89778966	11/09/2025	No	
231001	Colfondos	59																								0	30	\$10,272,830	0.16000	\$1,643,700	\$51,400	\$51,400	Agosto - 2025	89778966	11/09/2025	No	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																								0	30	\$10,272,830	0.02436	\$250,300	\$0	\$0	Agosto - 2025	89778966	11/09/2025	No	

PAGGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **September** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



CJ-SO2862-16



CO-S10CG-1