

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA		CC:	1020739735
CORREO ELECTRÓNICO:	ANFECUSA@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3105859428
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 54A 169 71		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 009100690867

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1092 2025	N° CDP:	2518	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 3.474.540



ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA
PS_1092_2025_C11F3F



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA

CC: 1020739735

CEL: 3105859428

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA			
CON C.C N°		1.020.739.735	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1092 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 30.884.800	No. HORAS EJECUTADAS	36
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 64.343.333	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.474.540
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ		
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	Se cumplieron a cabalidad las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica		
2	Se impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente		
3	Realizo 36 horas al mes en consulta externa durante Septiembre / 2025, para un promedio de 108 cupos de consulta		
4	Se Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos		
5	Se Notificaron los sucesos de calidad que se presentaron en el servicio y se participó en los análisis que fueron convocados. Así mismo se implementaron las acciones de mejora definidas para el servicio		
6	Se Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patología establecidos dentro del plan de atención de su especialidad		
7	Se Participo en la programación de actividades del área		
8	Se Reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente		
9	Se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según fue necesario		
10	Se Diligencio en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad		
11	Se Diligencio el consentimiento informado acorde con la atención brindada		
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° 9491286457	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/01	\$ 980.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/01	\$ 1.333.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/01	\$ 191.000

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.504.700
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr 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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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		 <p>ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA PS_1092_2025_C11F3F</p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA CC: 1020739735</p>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 <p>ELIZABETH COY JIMENEZ PS_1092_2025_C11F3F</p> <hr/> <p>ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>	



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	CUERVO SAMACA ANDRES FELIPE		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 54A # 169 - 71 Britalia Norte		BOGOTA-BOGOTA D.E.		4740676		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1743792983	9491286457	I		2025/09/08	2025/09/01		BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,505,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																				
EMPLEADO		NOVEDADES																		
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	cte	tae	tdp	lap	vsp	cor	vst	sin	lge	lma	vac	lsvp	vct	ir	vip	

SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)											
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)											
CC	Identificación	Nombre	25-14	30	EPS010	30	14-11	30	2-436%	0	No
1	1020739735	CUERVO ANDRES				X					
Total	Afiliados(1)										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	CUERVO SAMACA ANDRES FELIPE		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 54A # 169 - 71 Britalia Norte		BOGOTA-BOGOTA D.E.		4740676		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1743792983	9491286457	I		2025/09/08	2025/09/01		BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,505,300

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,333,700	\$0	\$0	\$1,333,700			
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,333,700	\$0	\$0	\$1,333,700			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$191,100	\$0	\$0	\$191,100			
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$191,100	\$0	\$0	\$191,100			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$980,500	\$0	\$0	\$980,500			
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$980,500	\$0	\$0	\$980,500			
TOTAL				1	\$2,505,300	\$0	\$0	\$2,505,300			

**ANDRES FELIPE CUERVO SAMACA**

NIT: 1020739735-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CR 55A169A 10, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6014740676

Autorización facturación electrónica No. 18764073650791 válida desde 2024-06-25 hasta 2026-06-25 rango desde FACE501 hasta FACE1000.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT: 900959051
Dirección: DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6013282828
Email: recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Débito Ahorro
Fecha de Pago: 22/12/2025

Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FACE659
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 15:21:04-05:00
FECHA FIRMADO: 22/09/2025 15:21:08

FECHA DE EMISIÓN **FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
22	09	2025	22	12	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. M.	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	659	MEDICINA INTERNA HONORARIOS ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EN EL MES DE SEPTIEMBRE/2025 ASI: (UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA (CAPS)) TOTAL HORAS 36 (TREINTA Y SEIS) VALOR TOTAL: \$3.474.540 PESOS M/CTE SÍRVASE CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS N 009100690867 BANCO DAVIVIENDA	WSD	36,00	\$96.515,00				0,00	\$3.474.540,00

Notas:

SON: (tres millones cuatrocientos setenta y cuatro mil quinientos cuarenta pesos)

CUFE: 8ec653a13b55d1c1522066f0c21b6f1205fe10c79d4401eca6c4e6d992853bb3abcc0c9e74b273c8f8a04263d1089495

Subtotal:	\$3.474.540,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$3.474.540,00

Firma Digital: WxP0Kcnp53aDl9mjfxWK+DU5F6yQ44/LzeT9Zssn2lRYv33km70mhZQpgT0Yh8

51z/vX/wOKjbookqXZkd7D/hhzqZpKltmNSnnp79UYLgFc70

VYbS+YWSp25VgY3szLEXgh1EgmLv1um2zLIAF8rA5zdAvekWfURWcFwnFGq3tedwpHFEzrJR00Q1+G aiK3yOapICy0XRbI7y02JITLm8Em3oc4pR8

MQ/+8IH-NIdnA8xaC8GYLorTHahrop BwemPwwlhvblL9Bliu3DnJK+QbVs6Fjwtcp+GquRu5n2QM/N7D481IK7hVy0Bpl DrewoM5PCkylvHReBmF

Vg==

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.