

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO			CC:	1032444939
CORREO ELECTRÓNICO:	CFLAGUADO@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3147980491
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 56 153 84			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Corpbanca)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	765140347
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1637 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 10.423.620	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO PS_1637_2025_48C7DF NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO CC: 1032444939 CEL: 3147980491					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO

CON C.C N° 1.032.444.939

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1637 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 61.769.600	No. HORAS EJECUTADAS	108
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 183.571.530	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.423.620
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

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 Medicina Interna 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 3. y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial. 4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios. 5. 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. 6. 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. 7. 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. 8. 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. 9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad. 11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. 12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. 13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. 14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes. 15. 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. 16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. 17. 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. 18. 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. 19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. 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.
21. 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.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpro oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 90611481	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 585.000	
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/14	\$ 748.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 114.100	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.447.900	

- 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	 CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO PS_1637_2025_48C7DF CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO CC: 1032444939
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1637_2025_48C7DF DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS PS_1637_2025_48C7DF JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO

NIT: 1032444939-3
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
calle 159 N 56-75, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3147980491
Email. cflaguado@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764081412141 válida desde 2024-10-11 hasta 2026-10-11 rango desde FVE101 hasta FVE200.

Nombre o Razón

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Social:

CENTRO ORIENTE E.S.E

NIT :

900959051

Dirección:

DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono:

3023290575

Email:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago:

Contado

Medio de Pago:

Consignación bancaria

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

FVE136

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

21:08:17-05:00

FECHA FIRMADO:

13/10/2025 21:08:20

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

13

10

2025

DIA

MES

AÑO

--

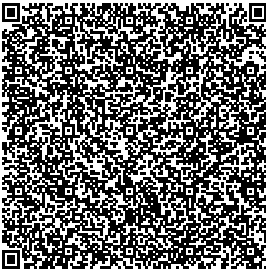
--

--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS Octubre de 2025	HUR	108,00	\$96.515,00				0,00	\$10.423.620,00

Notas: mes de octubre SON: (diez millones cuatrocientos veintitres mil seiscientos veinte pesos) CUFE: 69a540b36102bca88947886fc81c390158279c104a1cbaa483c12a951faa62acc680d1c51221f53c1fd2b5cb0c459f09	Subtotal:	\$10.423.620,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$10.423.620,00

Firma Digital: d076LCDYJrV+GY7bRV1gSA2JGb42W9Tei81e4smPCa+5iQgNZwBLM3pSRMa8yBaz
SCGSYBIqzJxVINWJuxX1ShibEI7dqQbyPQN9FFqyc9oKciPJU
H1A6ubZH8EjbbL rb4YYLsHwZoQU4gZukYAtI4HII3PsxHnMlmaToGIZekN6jeys3lDwmnlcQ8GmXu4 xBqer8cqEbTthCF+3ILDNFpKCun0DAWpObW
IM8HNSoirVHMqS+DlryHEVW89emM 7IA0MFSXCCedfeM0H4zLTgi1ckhf4WBgFzW6OD9buVWX4qPHw6bxbvL2xdSTUgZN 5LvawFzwauoyt4mrT9PW
9A==
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.





PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	ENCUENTRO PAGO PARAFISCAL Y SALUD
CC	1032444939	CARLOS FELIPE LAGUADO BUITRAGO	Carrera 58 Numero 153 - 84	7517014	claguado@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DI/MES/AÑO)		NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		1	14/10/2025		59511481
2025-09	2025-09					
				DIRIGIDOS		UNC
				1		0
				TOTAL A PAGAR		
				S/ 452.400		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora	No. Afiliados
EPS-003	Compensar EPS	860035942-7	568.800	0	Valor	Valor	Cotización	1.800	1
					No. Autorización	Valor			
					0	0	5		

TOTALES PENSION									
Código APP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	800228739-0	748.800	0	0	0	0	5	1
								2.300	
								0	
								0	
								751.100	

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903749-5	114.100	No. Autorización	Sistemas	114.100	6	400	1
				Valor				114.500	
								Saldo a Favor	
								Favor	
								Fondo	
								Solidaridad	
								1.141	
								714.500	
									1

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

TOTALES PARAFISCALES					TOTALES POR SUBSISTEMA				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar	
0	5	0	0	0	SENA	1	568.800	568.800	
0	0	0	0	0	Pensión	1	748.800	751.100	
0	0	0	0	0	Riesgos Laborales	1	114.100	114.500	
0	5	0	0	0	CCF	0	0	0	
0	0	0	0	0	ESAP	0	0	0	
0	0	0	0	0	ICBF	0	0	0	
0	0	0	0	0	MEN	0	0	0	
0	0	0	0	0	SENA	0	0	0	

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Cerrar

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo		Cargado por	
☐	1. PS 1637 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1637 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1637 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1637 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☒	4. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1637 2025 CRP-6270.pdf	1. PS 1637 2025 CRP-6270.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1637 2025 CRP-13469.pdf	2. PS 1637 2025 CRP-13469.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1637 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1637 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1637 2025 CRP-18876.pdf	3. PS 1637 2025 CRP-18876.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1637 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1637 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1637 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle