

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 10.369.422	
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				
 CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS PS_1572_2025_04E1C8 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	102
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 80.515.512	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.369.422
--	---------------	---	---------------

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)
------	---

- Ucis
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 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.
 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. 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° 90592316	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	\$ 1.314.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/10	\$ 1.683.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/10	\$ 256.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.254.300

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS PS_1572_2025_04E1C8 CAMILO ANDRES ROJAS PORRAS CC: 80875579
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1572_2025_04E1C8 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA PS_1572_2025_04E1C8 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Social:

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:

10/11/2025

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

CARP145

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

15:29:25-05:00

FECHA FIRMADO:

10/10/2025 15:29:28

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

DIA

MES

AÑO

10

10

2025

10

11

2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas 102 HORAS UCI MES DE OCTUBRE 2025	WSD	1,00	\$10.369.422,00				0,00	\$10.369.422,00

Notas: REGIMEN SIMPLE SON: (diez millones trescientos sesenta y nueve mil cuatrocientos veintidos pesos) CUFE: d113793d80b4c72d5897c30cada5ce7e1f55abaf2cc55b1671e70cd87ab81798f00525c750431d6ae66e703ffb711e81	Subtotal:	\$10.369.422,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$10.369.422,00

Firma Digital: bsMVSTIwSMqExK6zTXB+u2thhJ+CCZ6ErIOzzJDcgCkPg1hwMY+c5yV40QpQl2k
w+rMnGeMXX0CYyPdSH5NYIqQZQYjXL2TL48T6EEcPuR7w69tPo
nk0tlivpvOq9iS TockCPKw6vFUmSnoPiqQG0KSiQGzTRTdp52F3MUZwsPWtyqHGRK1EdXu4usXCqe /OKTpt+W9ZEmaBtlwnyYr7gQ0gZh5Dk+0lf
sHm0tMCQ267zOfIq9NAvcnvMYH/Ei SoUR4RT/wN6fA7sp02nCPmBhoyH0tas8xJ/kxb95bIDvQV/C6ijyhNmoW3fHGIF cEJCyveLALhdaCU5qluA
Sg==
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.





CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

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 2025-9 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	J	R	T	T	V	V	S	I	L	V	A	V	C	CORRECCIÓN	DÍAS	IEC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59													0		30	\$10,518,950	0.12500	\$1,314,900	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90592316	10/10/2025	No
231001	Colfondos	59													0		30	\$10,518,950	0.16000	\$1,683,100	\$52,600	\$52,600	Septiembre - 2025	90592316	10/10/2025	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59													0		30	\$10,518,950	0.02436	\$256,300	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90592316	10/10/2025	No

1572
102

El presente certificado se expide a los 10 días del mes **October** de 2025

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



CO-SIC02-16



CO-SIC03-1

ntialo

excepción de artículos

Ejecución del Contrato

¿requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
dos que cumplan con los criterios de búsqueda especificados				

Crear

Ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
XS 1572 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1572 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1572 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
S 1572 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
S 1572 2025 CRP-6219.pdf	1 PS 1572 2025 CRP-6219.pdf	Comprador	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
XS 1572 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1572 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo